



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Potilaan tunnistamiseen liittyvät vaaratilanteet

Antikainen, Mari  
Kataja, Kati

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

## Potilaan tunnistamiseen liittyvät vaaratilanteet

Antikainen Mari, Kataja Kati  
Sairaanhoitajakoulutus  
Opinnäytetyö  
Syyskuu, 2017

Antikainen Mari, Kataja Kati

### Potilaan tunnistamiseen liittyvät vaaratilanteet

Vuosi 2017 Sivumäärä 52

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan tunnistamiseen liittyviä vaaratilanteita. Kartoitus toteutettiin hyödyntämällä vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPron ilmoituksia. Aineistona olleet ilmoitukset toimitti opinnäytetyön tilaaja. Tavoitteena oli tuottaa selkeästi ja kootusti kuvailevaa tietoa siitä, millaisia vaaratapahtumat olivat olleet. Lisäksi aineistosta kartoitettiin ilmoitusten laatijoiden kirjaamia kehittämisehdotuksia. Saadun tiedon avulla tilaaja voi kehittää potilasturvallisuutta potilaan tunnistamiseen liittyen.

Opinnäytetyön teoreettisena taustana toimi potilasturvallisuus hoitotyössä. Työssä tarkasteltiin myös potilasturvallisuuteen liittyvää lainsäädäntöä. Opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä laadullista tutkimusta ja aineiston analysointi toteutettiin induktiivista eli aineistolähtöistä analyysimenetelmää käyttäen.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat potilaan tunnistamisessa muodostuneen vaaratapahtumia useissa hoitotyön tilanteissa. Potilaan tunnistaminen tapahtui virheellisesti tai puutteellisesti lääkehoidossa, kirjaamisessa, potilasasiakirjojen ja saneluiden laadinnassa ja käsittelyssä sekä potilaalle toteutettujen tutkimusten tai toimenpiteiden yhteydessä. Lisäksi opinnäytetyön tulokset toivat esiin sen, että potilaan tunnistamisessa ensisijaisesti käytettävän potilasrannekkeen käyttö ei toteudu tarkoituksenmukaisesti. Tulokset osoittivat vaaratapahtumien muodostumiseen myötävaikuttaviksi tekijöiksi kiireen, työmäärän, potilaiden hoitoisuuden, huolimattomuuden ja sijaisten käytön. Myös käytössä olevat työkäytännöt sekä haasteet työvälineiden käytössä mahdollistivat vaaratilanteiden muodostumisen.

Johtopäätöksenä voitiin esittää, että potilaan tunnistamiseen liittyviltä vaaratilanteilta voidaan välttyä noudattamalla tunnistamisesta annettua ohjeistusta. Lisäksi tulee kiinnittää huomiota edellä määrittämiin vaaratapahtumien myötävaikuttaviin tekijöihin, jotta voidaan taata potilasturvallisuus. Jatkokehittämisehdotukseksi voitiin tulosten pohjalta määrittää potilaan tunnistamiseen liittyvien ohjeistusten tarkastelun ja niiden mahdollisen kehittämisen. Ohjeistusten käytäntöön juurruttamisesta olisi hyvä tehdä näkyvää sekä potilaan roolia vahvistaa tunnistamisprosessissa.

Asiasanat: tunnistaminen, potilasturvallisuus, vaaratilanne.

Antikainen Mari, Kataja Kati

**Safety incidents related to the identification of the patient**

Year	2017	Pages	52
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to clarify patient safety incidents involved in the process of identification of the patient. This was done by utilizing the observations of safety events from HaiPro reporting system. These observations were the data for the study and were delivered by the commissioner of this thesis. The goal was to compile clear and descriptive information about the events. The development ideas given by the reporter were gathered as one data. With the information provided by the thesis, the commissioner is able to develop patient safety regarding the identification of the patient.

The theoretical framework of the thesis was based on patient safety in nursing. Legislation regarding patient safety was included in the theory as well. The study was conducted as qualitative research and the method of analysis was data based content analysis.

Based on the results, it was clear that due to errors in the process of the identification of the patient, there were safety events in several nursing situations. Identification was carried out incorrectly or inadequately in medication, documentation, in the process of preparing or handling medical records or dictations and in different examinations or operations performed on the patient. Based on the results, it became also evident, that the id wristband of the patient was not always used the way it should, as the primary identification method. The factors contributing to the safety events were rush, workload, the intensity of the care, inattention and the use of temporary workers. In addition to this, the working methods and the challenges of the use of work equipment, enabled the safety events to occur.

In conclusion it can be said that the safety events, caused by deficiency in the identification process of the patient, are avoidable by using the identification instructions. In order to guarantee patient safety, it is also important to pay attention to the contributing factors. Based on the results, the topic for further research would be to study and possibly to develop the instructions regarding the identification of the patient. It would be good to instil the instructions in practice and strengthen the role of the patient in the process of identification.

Keywords: identification, patient safety, safety event.

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Potilasturvallisuuden teoria.....	8
2.1	Potilasturvallisuus.....	8
2.1.1	Potilasturvallisuuden osa-alueet.....	9
2.1.2	Potilasturvallisuuskulttuuri.....	9
2.1.3	Potilasturvallisuusstrategia.....	9
2.1.4	Potilasturvallisuussuunnitelma.....	10
2.1.5	Potilasturvallisuus ja hoidon laatu.....	11
2.2	Potilasturvallisuuden vaaratapahtumat.....	11
2.3	Potilasturvallisuuden kehittäminen.....	12
2.4	Potilaan tunnistaminen.....	14
2.4.1	Potilas.....	14
2.4.2	Potilaan tunnistaminen käytännössä.....	14
2.5	Vaaratapahtumien raportointi.....	15
2.5.1	Raportoinnin tavoitteet.....	16
2.5.2	Raportoinnin periaatteet.....	17
2.5.3	Raportoinnin toteutus.....	17
2.5.4	HaiPro-järjestelmä.....	18
3	Opinnäytetyön menetelmät.....	19
3.1	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.....	19
3.2	Tutkimusmenetelmä.....	20
3.2.1	Laadullinen tutkimus.....	20
3.2.2	Tutkimusaineisto.....	21
3.2.3	Sisällönanalyysi.....	22
4	Tulokset.....	24
4.1	Lääkehoito.....	24
4.2	Tunnistamisvälineet.....	26
4.3	Kirjaaminen.....	27
4.4	Sanelut.....	28
4.5	Potilasasiakirjat.....	29
4.6	Tutkimus.....	30
4.7	Toimenpide.....	31
4.8	Kehittämisehdotuksia vaaratapahtumien välttämiseksi.....	32
5	Johtopäätökset ja pohdinta.....	33
5.1	Tulosten tarkastelu.....	33
5.2	Luotettavuus.....	36
5.3	Etiikka.....	38

Lähteet .....	40
Liitteet.....	44

## 1 Johdanto

Kansainvälisesti on arvioitu, että jopa 10 prosenttia potilaista kärsii sairaalahoidon seurauksena jonkinasteisesta haitasta. Potilaista noin prosentti saa vakavan haitan, ja 0,1 prosenttia hoitovirheistä johtaa kuolemaan. Tulosten katsotaan kuvaavan luotettavasti myös Suomen tilaa, vaikka vastaavanlaisia tutkimuksia maassamme ei ole tehty. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitovirhe aiheuttaa kuoleman useammin kuin liikenneonnettomuus. Jopa puolet haittatapahtumista voitaisiin välttää ennakoinnilla, toiminnan seurannalla sekä oppimalla virheistä. Näin toimimalla voitaisiin säästää vuosittain jopa 205 miljoonaa euroa. Rahallisen säästön lisäksi voitaisiin välttää myös turhaa inhimillistä kärsimystä. Vain osa vahingoista johtuu suoraan yksilön erehtymisestä, yleisimmin syynä on järjestelmässä eli toimintaympäristössä piilevät olosuhteet tai niiden ja yksilön yhteisvaikutus. Yksinään järjestelmän osuuden on arvioitu olevan jopa 25 prosenttia vahingoista ja tähän osuuteen voidaan merkittävimmin vaikuttaa ehkäisevästi. Vaikutusmahdollisuudet ihmisten tekemiin virheisiin ovat kohtuullisen pienet. Toimintaympäristöjä kehittämällä voidaan minimoida virheiden teon mahdollisuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9–10; Pasternack 2006.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan tunnistamiseen liittyviä vaaratilanteita. Kartoitus toteutettiin hyödyntämällä sähköisen sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPron ilmoituksia 1.1. ja 22.12.2016 väliseltä ajalta. Aineistona käytettiin erään yliopistosairaalan yhden toimialueen tuottamaa materiaalia. HaiPro järjestelmästä ei ollut saatavilla suoraan tietoa siitä, oliko vaaratilanteen syynä potilaan tunnistamisprosessissa tapahtunut virhe tai poikkeama. Tällä työllä pyrittiin selvittämään laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin, oliko potilaan tunnistamiseen liittyviä vaaratilanteita muodostunut ja millaisia ne olivat olleet. Aineistosta tutkittiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen, mitä ja miten tapahtui, sekä mitä seurauksia tapahtumasta oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Lisäksi huomioitiin tapahtuman olosuhteet, ja muut tapahtuman syntyyn mahdollisesti vaikuttaneet tekijät. Tavoitteena oli tuottaa opinnäytetyön tuloksena tilaajalle materiaalia, joka antaa tietoa potilaan tunnistamiseen liittyvistä vaaratilanteista selkeästi ja kootusti. Lisäksi tarkoituksena oli kerätä yhdeksi aineistoksi kehittämissuhteet, joita ilmoituksen kirjaajat olivat mahdollisesti laatineet. Saadun tiedon avulla tilaaja voi kehittää potilasturvallisuutta potilaan tunnistamiseen liittyen.

Potilasturvallisuus on ajankohtainen aihe ja merkittävä tekijä terveydenhuollon toiminnan toteuttamisessa. Kuten edellä mainittiin, on eri selvitysten, tutkimusten ja laskelmien avulla pystytty todentamaan hyvän potilasturvallisuuden vaikuttavan niin taloudellisesti, kuin toiminnallisesti hoitoyöhön. Potilasturvallisuus ja siihen vaikuttavat tekijät koettiin mielenkiintoisiksi ja merkityksellisiksi ja johdattelivat osaltaan opinnäytetyön aiheen valintaan.

## 2 Potilasturvallisuuden teoria

Opinnäytetyössä teoreettinen viitekehys muodostettiin hoitotyön potilasturvallisuuden ympärille. Opinnäytetyössä hyödynnettiin aihetta koskevaa kirjallisuutta, artikkeleita ja tutkimuksia. Lisäksi tarkasteltiin aiheeseen liittyviä lakeja, säädöksiä ja suosituksia. Opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin hakemalla eri aineistoja seuraavista tietokannoista: CINAHL EBSCOhost, Finna, Medic, PubMed, JBI, Google Scholar ja ProQuest. Teorian hakua ja valintaa ohjasivat muun muassa julkaisuajankohta, luettavuus kokonaisuudessaan joko suomeksi tai englanniksi ja se, että julkaisu täytti tieteelliselle tiedolle määritetyt kriteerit.

### 2.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on kattava käsite, joka sisältää kaikki potilaan hoitoon liittyvät tekijät (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 313). Terveystieteissä potilasturvallisuudella tarkoitetaan eri yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus sekä estetään potilaan vahingoittuminen. Potilaalle potilasturvallisuus merkitsee oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, hoito toteutetaan oikealla tavalla ja siitä aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014.)

Potilasturvallisuuden osalta Suomessa on useita lakeja, joiden kautta voidaan edistää potilasturvallisuutta. Terveystieteiden lainsäädäntö lähtee liikkeelle siitä, että toteutettava toiminta terveystieteissä tulee olla ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, hoito perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin sekä on laadukasta ja turvallista. (Helovuori ym. 2011, 38.)

Potilasturvallisuudesta ja sen edistämisestä ovat vastuussa kaikki terveystieteiden ammattihenkilöt. Turvallisen hoitotyön perusta on osaaminen ja kyky toimia moniammatillisesti potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Terveystieteiden- ja sairaanhoito on monitahoista ja haastavaa, koska monenlaisia potilasturvallisuuteen vaikuttavia tapahtumia toteutuu koko ajan hoidon eri toimintaympäristöissä. Terveystieteiden hoitoprosessien ja palvelujärjestelmien jakautuneisuus voi estää potilaskeskeisen ja turvallisen hoidon toteuttamisen. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2015, 63.)

Potilasturvallisuuden tarkastelussa tulee huomioida järjestelmän vaikutus, jonka osallisia potilaat, omaiset ja ammattilaiset ovat. Terveystieteidenhoitojärjestelmän tavoitteena on sen toimintaan liittyvien haittojen tai vammojen ehkäiseminen, välttäminen sekä lievittäminen. Potilasturvallisuuden edistämisessä tulee ottaa huomioon turvallisuuden muodostuminen järjestelmän sekä organisaation eri osatekijöiden vuorovaikutuksesta, eikä pelkästään yksilön, laitteen tai yksikön toiminnasta. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 14.)



### 2.1.1 Potilasturvallisuuden osa-alueet

Potilasturvallisuus jaotellaan eri osa-alueisiin, joita ovat hoidon ja lääkehoidon turvallisuus sekä laiteturvallisuus. Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan hoitomenetelmien turvallisuutta, sekä niiden toteuttamiseen käytettävien hoitoprosessien turvallisuutta. Lääkehoidon turvallisuus sisältää lääketurvallisuuden, jossa huomioidaan muun muassa lääkkeiden haittavaikutukset sekä lääkitysturvallisuuden, jolla pyritään välttämään lääkityspoikkeamat, kuten väärän lääkkeen antaminen potilaalle. (Helovuori ym. 2011, 13–14.) Lääkelaiilla (10.4.1987/395, 1§) pyritään vaikuttamaan myös lääketurvallisuuden parantumiseen. Laki kattaa lääkkeiden ja niiden käytön ylläpidosta ja edistämistä annettavan asetuksen ja pyrkimyksenä on varmistaa lääkkeiden käytön turvallisuus, tarkoituksenmukaisuus sekä oikeanlainen valmistus ja saatavuus. Laiteturvallisuus kattaa itse laitteiden turvallisuuden ja toimivuuden, sekä laitteiden oikeanlaisen käytön. (Helovuori ym. 2011, 13–14.)

### 2.1.2 Potilasturvallisuuskulttuuri

Potilasturvallisuuskulttuuri määritellään potilaan turvallista hoitoa edistäväksi systemaattiseksi toimintatavaksi. Osana tätä ovat johtamistapa, arvot ja asenteet. Turvallisuuskulttuuri sisältää riskien arvioimisen, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. (Ahonen ym. 2015, 63.)

Potilasturvallisuuskulttuuri muotoutuu vähitellen organisaatioon kuuluvien eri ammattiryhmien määrittelyn myötä siitä, millaisia vaaroja heidän toimintaympäristössään on olemassa ja miten niitä tulee hallita hoitotyössä ja päätöksenteossa. Turvallisuuskulttuuri tulee nähdä muuttuvana ja muovautuvana tilana, jonka luominen ja ylläpitäminen on koko henkilöstön vastuulla. Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin perusta on välittäminen potilaan turvallisuudesta aidosti, huomioiden ja ennakoiden toimintaan liittyvät vaarat. Tärkeää on myös perustyön hyvä hallinta ja epävarmuustekijöiden ymmärtäminen sekä halu kehittää turvallisuutta. Potilasturvallisuuskulttuuri tulisi nähdä mahdollistajana, jossa jo tapahtunut ei ole niinkään merkityksellisessä asemassa. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2009, 65–67.)

### 2.1.3 Potilasturvallisuusstrategia

Vuonna 2005 Suomeen muodostettiin potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen. Ohjausryhmä on tuottanut vuonna 2006 kansallisen sanaston potilas- ja lääkehoidon turvallisuudesta, joka määrittää keskeiset potilasturvallisuuden osa-alueet ja käsitteet. Suomen kansallinen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009-2013 julkaistiin vuonna 2009. Strategiaa täydennettiin vuonna 2011 Potilasturvallisuusoppaalla. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 3; Ahonen ym. 2015, 64.)

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tarkoituksena on saattaa suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja mahdollistaa sen onnistuminen. Strategia tukee myös Valtioneuvostoa potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden päätöksenteossa. Strategian tarkoituksena on palvella sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita, niiden potilaita, asiakkaita ja omaisia, niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteuttamisessa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 11.)

Potilasturvallisuusstrategian missio on edistää potilasturvallisuutta yhdessä. Tavoitetilavuoteen 2013 mennessä on ollut potilasturvallisuuden ankkurointi toiminnan rakenteisiin ja tapoihin siten, että hoito on vaikuttavaa ja turvallista. Potilasturvallisuus jaetaan neljään näkökulmaan, jotka ovat turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuu ja säädökset. Strategian tavoitteet liittyvät potilaan informointiin ja voimaannuttamiseen, jolloin potilas on osallisena potilasturvallisuuden parantamisessa. Potilasturvallisuutta hallitaan myös ennakoimalla riskejä, raportoimalla vaaratapahtumista sekä oppimalla niistä. Turvallisuutta edistetään huolehtimalla henkilöstön osaamisesta ja riittävästä resursseista. Potilasturvallisuus huomioidaan myös terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13–18; Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 7.)

#### 2.1.4 Potilasturvallisuussuunnitelma

Terveydenhuollon toimintayksiköissä tulee olla laadittuna Terveydenhuoltolain ja laadusta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta tehdyn asetuksen edellyttämä potilasturvallisuussuunnitelma. Asetus erittelee mitä osa-alueita suunnitelmassa tulee olla ja miten suunnitelma otetaan käyttöön. Suunnitelmassa tulee huomioida myös potilasturvallisuuden toteutuminen yhdessä sosiaalihuollon palveluiden kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8§; Potilasturvallisuussuunnitelma 2015; Helovuoto ym. 2011, 106–108.)

Potilasturvallisuussuunnitelman laadinnasta muodostuu dokumentti, johon toimintayksikkö määrittää ja kirjaa oman yksikön potilasturvallisuusjärjestelmän. Suunnitelmassa on nähtävissä, kuka potilasturvallisuutta johtaa ja miten sitä toteutetaan yksikössä, tarkat kuvaukset noudatettavista menettelykäytännöistä potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja edistämiseksi. Suunnitelmaan kirjataan vastaavat henkilöt yksikössä, ilmaistaan vaaratapahtumien kirjaamiskäytännöt sekä laaditaan suunnitelma siitä, miten potilasturvallisuuskulttuuria työstetään eteenpäin. (Potilasturvallisuussuunnitelma 2015; Helovuoto ym. 2011, 106–108.) Lääkehoidon osalta toiminta- ja työyksiköissä tulee lisäksi olla lääkehoitosuunnitelma, joka on osa terveydenhuoltolain 8§:ssä säädettyä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelmassa on keskiössä yksikön toiminnan kannalta olennainen ja kriittinen lääkitysturvallisuus lääkehoidon eri osa-alueilla. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 12–15.)

### 2.1.5 Potilasturvallisuus ja hoidon laatu

Terveydenhuoltolain (1326/2010, 8§) mukaan ”Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua”. Myöskin laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) pyrkii edistämään potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua asettamalla lain määrittämät edellytykset osaavalle henkilöstölle.

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Yleisesti laadulla tarkoitetaan tuotteen mahdollisuutta vastata asiakkaan tarpeisiin tai vaatimuksiin, sekä toiminnan tavoitteiden ja tulosten kohtaamista. Terveydenhuollossa hyvä laatu tarkoittaa resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla, jossa huomioidaan turvallisuus, säästäväisyys, korkeatasoisuus ja hoito ja ehkäisevät toimenpiteet tuotetaan eniten tarvitsevien terveystarpeisiin. Hyvän laadun tuottamisessa terveydenhuollossa korostuu johdon ja koko henkilökunnan sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin sekä saumattomasti toteutuva yhteistyö eri toimintayksiköiden kesken. (Koiruranta-Vaara 2011, 8–13.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettava potilasturvallisuuden edistäminen voidaan pitää osana laadun ja riskien hallintaa sekä toisaalta perustana laadulle terveyden- ja sairaanhoidossa. Mikäli organisaatiolla on käytössään jokin laatujärjestelmä, jossa huomioidaan potilasturvallisuuden kehittämiseen liittyvät erityispiirteet ja varmistetaan rakenteiden ja prosessien turvallisuus, täytyy organisaatiolla olla lisäksi potilasturvallisuuden varmistamiseksi erilliset prosessit ja menettelytavat. (Helovuori ym. 2011, 15.)

## 2.2 Potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

Terveydenhuollon haittatapahtumista tehtyjen tutkimusten mukaan noin joka kymmenes potilas kokee hoitajaksonsa aikana hoitoon liittyvän haittatapahtuman. Vain alle prosentti tapahtumista aiheuttaa vakavia seurauksia potilaalle. Huomioitavaa on kuitenkin se, että jopa puolet haittatapahtumista olisi voitu välttää helpoin menetelmin, kuten riskien ennakoinnilla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. Keskeistä potilasturvallisuuden edistämässä on haittatapahtumien asianmukainen raportointi. Näin toimimalla voidaan tuoda näkyväksi toimintayksikössä olevat riskikohdat, -toiminnot ja -lääkkeet. (Ahonen ym. 2015, 63–64.) Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat useat tekijät, kuten kiire, väsymys tai useista tapahtumista muodostunut ketju. Erittäin harvoin kyseessä on kuitenkin tahallinen tai välinpitämättömyydestä johtuva teko. (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkilä 2010, 11–12.) Lawton, McEachan, Giles, Sirriyeh, Watt ja Wright (2012, 374–376)

ovatkin tutkimuksessaan todenneet vaaratapahtumien myötävaikuttaviksi tekijöiksi muun muassa erehdykset, virheet, poikkeamat toimintakäytännöistä, laitteet ja välineet, yksilölähtöiset tekijät, potilaasta riippuvat tekijät, viestintäjärjestelmät, johtamisen ja kuormituksen.

Pitkänen, Teuhko, Ränkämies, Uusitalo ja Oja (2014, 177–189.) ovat tutkimuksellaan osoittaneet lääkehoidon toteuttamisen osalta sen, että vaaratapahtumien taustalla vaikuttavat tekijät ovat työn organisointiin, olosuhteisiin, tiedonkulkuun ja osaamiseen liittyviä tekijöitä sekä inhimillisiä virheitä. Heidän mukaansa lääkehoitoprosessin monimuotoisuus mahdollistaa moninaisten vaaratapahtumien synnyn, joiden voidaan määrittää olevan yksilölähtöisiä tai organisaatiolähtöisiä. Tutkimus osoitti myös sen, että vaaratapahtumien muodostumista voidaan estää kehittämällä johtajuutta, lääkehoidon osaamista sekä työkuultuuria- ja ympäristöä.

Vaaratapahtumaksi luokitellaan tilanne, jossa potilasturvallisuus vaarantuu, vaikka haittaa ei välttämättä pääsisi syntymään. Tilanteessa on kuitenkin potilaalle koituvan haitan mahdollisuus. Tapahtumaa voidaan kutsua myös läheltä piti tapahtumaksi. Haitalta välttyminen tapahtuu joko sattumalta tai siten, että poikkeama tai vaaratilanne havaitaan ja haitalliset seuraukset voidaan estää ajoissa. Vaaratapahtumaksi luokitellaan myös tilanne, jossa haitta tapahtuu, eli potilaalle aiheutuu tilapäinen tai pysyvä, ei toivottu vaikutus. Tämä voi ilmetä fyysisenä, psyykkisenä, emotionaalisenä tai taloudellisena haittana. Potilas itse tai ammattihenkilöstö voi määrittää aiheutuneen haitaksi. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 10; Ahonen ym. 2015, 64–65.)

### 2.3 Potilasturvallisuuden kehittäminen

Potilasturvallisuuden kehittämiseen ja edistämiseen on Suomessa pyritty vaikuttamaan usealla tavalla. Kehittämisessä on huomioitu potilasturvallisuusstrategia vuodelta 2009 sekä vuonna 2011 voimaan tulleet uusi terveydenhuoltolaki ja potilasturvallisuusasetus. Näiden tavoitteena on potilasturvallisuustyön järjestelmällisyyden kehittyminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on määritellyt osana tätä jatkumoa potilasturvallisuuden yhdeksi kuudesta kärkihankkeesta ja sen johdosta toteuttanut sairaanhoitopiirien, sairaaloiden ja terveyskeskusten sekä muiden kansallisten kumppaneiden kanssa laajan, monivuotisen Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman vuosien 2011-2015 aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät sekä ennakoiva ajattelutapa, jolla pyritään tunnistamaan ja hallitsemaan riskit, ovat avainasemassa vaaratapahtumien ehkäisyssä. Vaaratapahtuma harvoin aiheutuu vain yhden ihmisen toimesta tai yksittäisestä poikkeamasta. Turvallista hoitoa heikentävät useat eri tekijät, joiden selvittäminen on tärkeässä asemassa, sillä oikeisiin asioihin puuttumalla turvallisuutta voidaan kehittää. (Helovuori ym. 2011, 20–21.)

Potilasturvallisuus nähdään tärkeänä kehittämisen kohteena, koska useat tutkimukset ovat osoittaneet hoidosta aiheutuvien haittojen yleisyyden. Lisäksi toiminnan kehittäminen on tärkeää terveydenhuollon palvelujärjestelmien ja sen toimintaympäristöissä tapahtuvien muutosten johdosta. Virheiden lisääntymisen mahdollisuus on aina olemassa muutostilanteissa, johtuivat ne sitten toiminnan uudistuksista tai henkilöstön vaihtuvuudesta. Näissä tilanteissa kehittäminen on kohdistettava arvioimalla uudistukseen mahdollisesti liittyvät riskit sekä laatimalla hyvä suunnitelma uudistusten toteuttamisesta. (Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia 2009, 181–183.)

Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa kehittämiselle määritetään kaksi kehittämislinjaa, jotka ovat ammatillisen osaamisen sekä potilasturvallisuus osaamisen kehittäminen. Turvallisen hoidon perusta on hyvä kliininen osaaminen sekä kattavien tietojen ja taitojen hallinta. Lisäksi tarvitaan työn turvallista varmistamista, johon kuuluvat määritellyt periaatteet ja toimintatavat, joilla siten varmistetaan se, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Potilastyössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että verikokeen ottaminen suoritetaan oikealla hoitotyön menetelmällä, mutta sen lisäksi potilas tunnustetaan oikeaoppisesti, jolloin hoitotyön potilasturvallisuusosaaminen myös toteutuu. (Helovuori ym. 2011, 181.)

Jylhän (2017, 60–62) mukaan puutteellinen tiedonhallinta kytkeytyy haittatapahtumien muodostumiseen sairaaloissa. Turvallisen hoidon perustaksi tarvitaan toimivaa tiedonhallintaa. Tutkimus osoitti, että kirjaamisessa tehdyt virheet sekä tiedon välittämisessä tapahtuneet haasteet johtivat lääkkeiden antovirheisiin. Lisäksi virheet ja haasteet olivat yhteydessä kanteluiden tekemiseen sekä tiedonhallinnassa tapahtuneiden haittatapahtumien muodostumiseen. Yhtenäisellä ohjeistuksella voitiin välttää virheiden muodostuminen, ja tutkimustulosten perusteella tulisikin kehittää turvallisia tiedonhallintakäytänteitä.

Kuisma (2010, 50–58) sekä Pham, Girard & Pronovost (2013, 156–158) ovat tutkimuksissaan todenneet sen, että vaaratapahtumista tulee raportoida, eikä pelkkä tiedonkeruu ja vaaratapahtumien käsittely yksin lisää potilasturvallisuutta. Tärkeänä tekijänä korostuu vaaratapahtumien systemaattinen analysointi ja tämän tiedon levittäminen laajalti koko organisaatioon. Potilasturvallisuuden tulee siten olla osana jatkuvaa laaja-alaista hoidon laadun kehittämistä. Kuisman (2010, 50–58) tutkimuksen kohteena olleessa organisaatiossa kehittämisen osa-alueiksi nousivat informointi, henkilökohtaiset ominaisuudet, kirjaaminen ja raportointi, töiden käytännöt sekä perehdyttäminen, yhteistyö, koulutus ja johtaminen sekä ympäristön turvallisuus ja tekninen valvonta.

## 2.4 Potilaan tunnistaminen

### 2.4.1 Potilas

Potilaan näkökulma potilasturvallisuuteen määrittyy laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Se muun muassa määrittää potilaaksi henkilön, joka käyttää tai on muuten terveyden- tai sairaanhoitopalveluiden kohteena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2§.)

Potilaan hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan siten, että potilasta kuunnellaan ja hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua oman hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Mikäli täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi ole kykenevä päättämään hoidostaan, kuullaan potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Potilasturvallisuuden näkökulmasta potilaan roolissa korostuu aktiivisuus ja halu edistää hoidon turvallisuutta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Potilasvahinkolaki (585/1986, 1§) turvaa potilaalle terveyden- ja sairaanhoidossa sattuneen henkilövahingon korvauksen potilasvakuutuksen kautta.

### 2.4.2 Potilaan tunnistaminen käytännössä

Yksi merkittävimmistä vaaratapahtumien aiheuttajista on virhe, joka on tapahtunut potilaan tunnistamisessa (Cloete 2015, 34; Oreform 2012; Helovuo ym. 2011, 204). Se voi aiheuttaa virheen potilaan lääkitsemisessä, näytteenotossa, aiheuttaa väärän tai turhan tutkimuksen tekemisen tai hoitotoimenpiteitä tehdään väärälle henkilölle. Useat siirtymävaiheet potilaan hoitopolussa, jolloin potilasta hoitava henkilö tai tiimi vaihtuu, ovat tunnistamisen kannalta erityisen tärkeitä, jotta oikea potilas saa oikean hoidon. Tunnistusvirheistä aiheutuvia vaaratapahtumia voidaan vähentää parantamalla yksinkertaisin keinoin potilaan tunnistamista. (Oreform 2012; Helovuo ym. 2011, 204.)

Potilaan tunnistamisesta tulee tehdä systemaattista. Organisaatiossa on oltava saatavilla kaikkia työntekijöitä koskeva ohje potilaan henkilöllisyyden varmistamisesta. Ohjeen tavoitteena on tunnistamisen tekeminen oikealla tavalla kaikkien ammattiryhmien toimesta. (Liukka, Kinnunen, Kuosmanen, Peltomaa & Sahlström 2015, 35–39; Helovuo ym. 2011, 203–205.) Automaattiset järjestelmät, kuten viivakoodirannekkeet tai biotunnisteet helpottavat potilaan henkilöllisyyden varmistamista. Viivakoodilla voidaan esimerkiksi yhdistää potilas ja lääkehoito sekä kytkeä potilaan hoitoon näytteenotto, toimenpiteet ja hoitotarvikkeet. Viivakoodi järjestelmissä on vielä kuitenkin haasteensa, viivakoodien tulisi olla nopeasti luettavia sekä kestäviä ja järjestelmän käytön tulisi olla joustavaa ja sulautua työhön. Järjestelmien tulee

olla kokonaisvaltaisia ja ulottua koko terveydenhoitolaitoksen toimintaan. (Crist 2014, 12–13; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 325; Helovuoto ym. 2011, 204–205.)

Potilas tunnistetaan käyttämällä aina kahta eri lähdettä. Näistä kumpikaan ei ole huoneen numero tai vuodepaikka. Erityistä huomiota tunnistamiseen tulee kiinnittää hoidon kannalta kriittisissä tilanteissa, kuten potilassiirroissa, näytteenotossa, lääkeshoidossa tai toimenpiteiden yhteydessä. Se, että joku toinen on potilaan jo kerran tunnistanut, ei riitä. Potilaalle on hyvä selittää, että hoitoprosessin aikana häneltä tullaan kysymään nimeä ja henkilötunnusta useaan kertaan hänen turvallisuutensa vuoksi. Potilasta sekä hänen omaisiaan tulee myös kannustaa olemaan itse aktiivisia tunnistamisessa sekä esittää huolensa koskien turvallisuutta, hoidon oikeellisuutta tai mahdollisia riskejä. (WHO 2007; Chinn 2014, 127; Kinnunen & Helovuoto 2014; Mustajoki, Kinnunen & Aaltonen 2014, 722–723; Helovuoto ym. 2011, 204–205.)

Tunnistamisessa kysymykset potilaan henkilöllisyydestä esitetään aina siten, että potilas itse kertoo nimensä ja henkilötunnuksensa. Muutoin voi olla, että potilas vastaa ”kyllä”, vaikka olisi esimerkiksi kuullut hänelle esitetyn nimen väärin. Mikäli potilas ei itse kykene ilmaisemaan henkilöllisyyttään, asia varmistetaan omaiselta tai saattajalta. Tunnistusranneke, jossa on potilaan nimi ja syntymäaika, on aina ensisijainen tunnistuskeino ja kaikille terveydenhoito-organisaatioon sisään otetuille potilaille tulee sellainen laittaa. Tunnistusranneke on varsinkin puhumattomille tai karkaileville potilaille erityisen tärkeä. Tilanteissa, joissa tunnistusranneketta ei ole käytettävissä, potilaan henkilöllisyys varmistetaan Kela-kortista tai muusta henkilökortista. (WHO 2007; Chinn 2014, 127; Kinnunen & Helovuoto 2014; Mustajoki ym. 2014, 722–723; Helovuoto ym. 2011, 204.)

Organisaatio- tai toimipaikkakohtaisesti voidaan siis laatia ohjeet potilaan tunnistamisesta ja esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on käytössä johtajaylilääkärin sisäinen ohje Potilaan tunnistaminen ja tunnistevälineen käyttö Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Ohje on linjassa WHO:n suosituksen kanssa. (Liite 1.)

## 2.5 Vaaratapahtumien raportointi

Vaaratapahtumien raportointi on prosessi, joka käynnistyy vaaratilanteiden tunnistamisesta ja ilmoittamisesta. Laadittu ilmoitus käsitellään ja luokitellaan ja siitä saatu tieto hyödynnetään. Tavoitteena on jatkuvan oppimisen avulla kehittää toimintatapoja, olosuhteita sekä välineitä. Laadittu ilmoitus voi johtaa jo välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin. Ilmoitusten käsittelystä voi seurata tarkempia tutkimuksia tai niistä voidaan säännöllisesti laatia tapahtumatyypin mukaista tilastointia. Toimintayksiköissä vaaratapahtumien raportointi kuvataan potilasturvallisuussuunnitelmassa. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 258.)

Vaaratapahtumien raportointimenettely on käytössä niin julkisissa, kuin yksityisissä terveydenhuollon organisaatioissa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa, sekä sen toimeenpanoa tarkentavassa asetuksessa ja Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa määritellään, että organisaatioissa tulee työntekijöillä ja opiskelijoilla olla kattavasti mahdollisuus tehdä ilmoitus poikkeamista ja vaaratapahtumista. Samainen asetusta määrittää potilasturvallisuussuunnitelman sisällön. Suunnitelmassa pitää ilmetä miten vaaratapahtumat tunnistetaan ja raportoidaan, sekä miten haittatapahtumat ilmoitetaan hoitoilmoitusjärjestelmään. Lisäksi tulee olla määriteltynä liittykö raportointiin muita sääöksiä ja mitkä ovat korjaavien toimenpiteiden menettelytavat. (Kinnunen ym. 2009, 12; Kinnunen ym. 2013, 258; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laki 1326/2010, 8§; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, 1§.)

Raportointikäytänteiden taustalla vaikuttaa Euroopan yhteisöjen neuvoston suositus, jonka mukaan jäsenvaltioiden on laadittava ja tehostettava sosiaali- ja terveydenhuollon haittatapahtumia käsitteleviä ilmoitus- ja oppimisjärjestelmiä. Peruskäsitykset raportoinnissa sovitaan yhteen kansallisen strategian ja indikaattoreiden sekä EU:n ja WHO:n määritysten ja indikaattoreiden mukaisesti. (Kinnunen ym. 2009, 7.)

### 2.5.1 Raportoinnin tavoitteet

Tavoitteena vaaratapahtumien raportoinnissa on potilasturvallisuuden parantaminen. Tähän tavoitteeseen pyritään pääsemään oppimalla haitta- ja läheltä piti-tapahtumista. Pyrkimyksenä vaaratapahtumien raportoinnissa on löytää järjestelmävirheet organisaatioissa, eikä osoittaa tapahtunutta yhden työntekijän tekemäksi vahingoksi, puutteeksi tai virheeksi. Saadun tiedon avulla tavoitellaan virheistä oppimista ja siten pyritään kehittämään toimintaa ja kulttuuria turvallisempaan suuntaan. (Helovuori ym. 2011, 138; Kinnunen ym. 2013, 258; Kinnunen 2009, 118–119; Pham ym. 2013, 156–158.) Tapahtumista raportoinnin esteiksi nähdään hallinnolliset asiat, kuten palautteen puute ja syyllistäminen sekä kokemus, ettei raportointi johda kuitenkaan asioiden kehittämiseen. Lisäksi estäviä tekijöitä voivat olla sanktioiden pelko tai itse raportointiprosessi ja siihen kuluva aika. Näihin tekijöihin puuttamalla voidaan raportoinnin aktiivisuutta parantaa. (Fung, Koh & Chow 2012, 16–18; Pham ym. 2013, 156–158.)

Organisaation menestymisen keskeiseksi tekijäksi nähdään organisaation kyky oppia. Tämän mahdollistaa oppimista tukeva ilmapiiri, jossa ymmärretään ettei yksilö opi automaattisesti, vaan siihen tarvitaan kannustava ympäristö. Tähän taas tarvitaan aikaa, motivaatiota, kykyä ja halua sekä tukea erityisesti johdolta ja esimiehiltä. Organisaatio, joka mahdollistaa ja kannustaa oppimiseen, luo oppimisen osaksi jokapäiväistä normaalia toimintaa. (Kinnunen 2009,



118–119; Kinnunen 2010, 141–144.) Esteenä organisaation oppimiselle nähdään toimintakulttuuri, jossa syyllistetään, virheiden syitä ei selvitetä, keskustelulle ei anneta mahdollisuutta ja vastuuta oppimisesta ei kukaan ota. Lisäksi esteenä voi olla organisaatiossa vallitseva jatkuva kiire. (Kinnunen 2010, 144–145.)

### 2.5.2 Raportoinnin periaatteet

Raportoinnissa käytettävien järjestelmien yhteydessä oleellisinta on, että kaikki ymmärtävät järjestelmän käytön periaatteet ja tiedostavat päätavoitteeksi oppimisen sekä sen mihin saatua tietoa organisaatiossa käytetään (Helovuoma 2011, 138).

Onnistunut raportointi noudattaa tiettyjä periaatteita. Raportointi on vapaaehtoista ja perustuu yksilön aloitteeseen. Ilmoitukset ovat luottamuksellisia. Ne ovat vain erikseen nimettyjen henkilöiden käytettävissä ja tekijällä on mahdollisuus laatia ilmoitus anonyymisti tai omalla nimellään. Tehty ilmoitus ei johda suoraan laatijan hallinnolliseen rankaisemiseen, vaikka toisaalla voi käynnistyä potilaan oikeussuojakeinojen käyttö samaan asiaan liittyen. Käytössä oleva raportointimenettely on tehty helpoksi, nopeaksi ja yksinkertaiseksi ja se on kaikkien työntekijöiden käytettävissä. Ilmoituksen laatija saa palautetta, ja saatu tieto käytetään toiminnan ja turvallisuuden kehittämisessä asianmukaisesti ja suunnitellusti. Toimet turvallisuuden parantamiseksi suunnataan laajalti organisaation kaikkien tasojen kehittämiseen. Raportoinnin tulee olla järjestelmällistä, ja organisaatiossa vastuut ja tehtävät ovat määritettyinä. (Kinnunen ym. 2013, 261; Helovuoma ym. 2011, 138–139; Kinnunen ym. 2009, 12; Sarste 2012, 47.)

### 2.5.3 Raportoinnin toteutus

Yhä useammin vaaratapahtumista raportoidaan ja ne käsitellään sähköistä tietojärjestelmää käyttäen. Tietojärjestelmien käyttö tekee helpommaksi tapahtumatietojen hallinnan, mutta tietojärjestelmä itsessään ei ole potilasturvallisuutta parantava tekijä. Vaaratapahtumista tehtyjen ilmoitusten määrän perusteella ei voida arvioida turvallisuuden tasoa, se kertoo vain raportoinnin aktiivisuudesta järjestelmässä. Vähäinen ilmoitusten määrä yksikössä voi sitä vastoin tarkoittaa, ettei vaaratapahtumia osata havaita. (Helovuoma ym. 2011, 139–141; Roine, Kinnunen & Haavisto 2017, 108–109.) Määrällistä tietoa tarkasteltaessa tulee huomioida tiedon luokittelun toteuttaminen. Jos luokittelijoita on useampi, on olemassa riski, että esimerkiksi vaaratapahtumien seuraukset luokitellaan eri tavoin luokittelijasta riippuen. Määrällinen tieto kertoo kuitenkin turvallisuuskehityksestä, jota voidaan hyödyntää toiminnan kehittämiseen. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmistä saadaan myös runsaasti laadullista tietoa

tekijöistä, jotka myötävaikuttavat vaaratapahtuman muodostumiseen. Laadullinen tieto tukee kehittämistoimenpiteiden suuntautumista oikeisiin asioihin. (Helovuo ym. 2011. 139–141.)

Raportointimenettelyä käytettäessä organisaatiossa tulee olla sovittuna, millaisia vaaratapahtumia järjestelmän kautta ilmoitetaan, sekä mitkä tapahtumat raportoidaan toista kanavaa käyttäen. Vaaratapahtuman tunnistaminen käynnistää raportointiprosessin. Raportointijärjestelmässä on laadittuna luokitukset tapahtumatyypeistä, joiden avulla ilmoitettavat tapahtumat on helpompi tunnistaa. Luokittelussa on määritelty pääluokat terveydenhuollon toimialueen, tehtävän tai vaiheen mukaisesti. Toinen prosessin vaihe käsittää ilmoituksen tekemisen sähköiselle lomakkeelle. Ilmoituksen sisältö muodostuu vapaamuotoisesta tapahtumakuvauksesta, josta ilmenee tapahtuman olosuhteet, synty, eteneminen ja seuraukset. Ilmoituksen tekemistä on pyritty nopeuttamaan ja helpottamaan määrittelemällä valikoituja taustatietoja valmiiksi järjestelmään. Lisäksi on merkityksellistä kirjata, mikäli toiminnassa on poikettu ohjeista. Ilmoituksen yhteydessä voidaan antaa oma kehittämis ehdotus siitä, kuinka vastaava vaaratilanne voitaisiin välttää. (Kinnunen 2009, 124–129; Kinnunen ym. 2009, 16–17.)

Seuraavassa vaiheessa käsittelijä vastaanottaa ilmoituksen, sekä luokittelee ja analysoi tapahtuman syntyyn vaikuttaneet syyt. Ilmoitusten käsittelystä vastaavat nimetyt henkilöt, jotka ovat koulutettu sekä perehdytetty tähän tehtävään. Käsittelyn tavoitteena on löytää vastaus kysymyksiin: mitä tapahtui, miten tapahtui ja mitkä asiat myötävaikuttivat tapahtuman syntyyn. Käsittelyvaiheessa pyritään selventämään järjestelmälähtöisesti rakenteita ja toimintamalleja ja miten niitä voidaan muuttaa potilasturvallisuutta parantaviksi. Tuloksena tavoitellaan muutoksia tai luodaan muutospyrkimyksiä organisaation toimintaan. (Kinnunen 2009, 124–129; Kinnunen ym. 2009, 16–17.)

Laaditut vaaratapahtumailmoitukset tallentuvat vaaratapahtumarekisteriin tai -tietokantaan. Seuranta on säännöllistä ja tapahtumien analysointi on systemaattista ja sisältyy toiminnan suunnitteluun. Toimiva palautejärjestelmä raportointimenettelyn yhteydessä on merkityksellistä aktiivisena jatkuvan ilmoittamisen lisäksi sitouttavan kehittämistyön kannalta. Kun ilmoituksia käsitellään, työstetään ja niiden kautta toimintaa kehitetään työyhteisöissä ja -yksiköissä, työntekijät saadaan paremmin sitoutumaan potilasturvallisuuden kehittämiseen. Saatua ideoita ja menetelmiä hyvistä potilasturvallisuuden käytännöistä voidaan hyödyntää lisäksi koko organisaation tasolla tai jopa valtakunnallisesti. (Kinnunen ym. 2009, 18.)

#### 2.5.4 HaiPro-järjestelmä

HaiPro lyhenne tarkoittaa haittatapahtumien raportointiprosessia. HaiPro-järjestelmän käytön taustalla on vuonna 2005 alkanut tutkimushanke vaaratapahtumien kehittämiseksi Suomen

terveydenhuoltoon. Hankkeen aikana tuotettiin terveydenhuollon yksiköihin toimintamalli turvallisuutta vaarantavien virheiden, poikkeamien ja vaaratilanteiden käsittelyyn. Mallin perustana on vapaaehtoinen nimetön raportointi, johon liittyy rankaisemattomuus. Raportoitujen tapahtumien perusteella ei siten ole tarkoitus etsiä syyllisiä tai aloittaa kurinpitotoimia. Pyrkimyksenä on oppia tapahtuneista avaamalla niiden syitä ja syntyyn vaikuttavia tekijöitä ja sen kautta tuotetaan parhaiten ennaltaehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet parantamaan potilasturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 11; Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 11–20.)

Raportointityökalu HaiPro on tietotekninen ohjelma, joka toimii potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenetelmänä. Järjestelmä on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille sisäiseen käyttöön toiminnan kehittämiseksi. HaiPro on käytössä yli kahdessasadassa terveyden- ja sosiaalihuollon yksikössä maassamme. HaiPro raportointimenettelyn ja työkalun kehityksestä on vastannut Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa ja rahoittajina ovat olleet Sosiaali- ja terveysministeriö, lääkelaitos ja Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 11; Knuuttila ym. 2007, 11–20.)

### 3 Opinnäytetyön menetelmät

#### 3.1 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan tunnistamiseen liittyviä vaaratilanteita. Kartoitus toteutettiin hyödyntämällä erään yliopistosairaalan yhden toimialueen HaiPro-ilmoituksia määrätyltä ajanjaksolta. Opinnäytetyön tilaajan toiveesta työssä ei tuoda julki organisaatio ja toimintayksikkötietoja. HaiPro-järjestelmästä ei ollut saatavilla suoraan tietoa siitä, onko vaaratilanteen syynä potilaan tunnistamisprosessissa tapahtunut virhe tai poikkeama. Tällä työllä pyrittiin selvittämään oliko vaaratilanteita muodostunut ja millaisia ne olivat olleet. Aineistosta tutkittiin mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia tapahtumasta oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Lisäksi huomioitiin tapahtuman olosuhteet ja muut siihen vaikuttaneet tekijät. Aineistosta oli tarkoitus analysoida myös mahdollisia kehittämisehdotuksia vastaavien vaaratilanteiden välttämiseksi. Tavoitteena oli tuottaa opinnäytetyön tuloksena tilaajalle materiaalia, joka antaa tietoa potilaan tunnistamiseen liittyvistä vaaratilanteista selkeästi ja kootusti. Lisäksi tarkoituksena oli kerätä yhdeksi aineistoksi kehittämisehdotukset, joita ilmoituksen kirjaajat olivat mahdollisesti laatineet. Saadun tiedon avulla tilaaja voi kehittää potilasturvallisuutta potilaan tunnistamiseen liittyvissä tilanteissa.

Tutkimuskysymykset muotoiltiin seuraavasti:

- Millaisia vaaratilanteita on muodostunut potilaan tunnistamiseen liittyen?
- Minkälaisia kehittämisehdotuksia on laadittu potilaan tunnistamiseen liittyvien vaaratapahtumien välttämiseksi?

### 3.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä laadullista tutkimusta. Menetelmän valintaan vaikutti tilaajan tarve ja käytettävissä oleva valmis aineisto. Aineistosta oli tarkoitus etsiä potilaan tunnistamiseen liittyvät vaaratilanteet, analysoida sekä luokitella ne. Samasta syystä opinnäytetyössä käytettiin aineistoanalyysin päättelylogiikan muotona induktiivista eli aineistolähtöistä analyysimenetelmää. Tilaaja toivoi kuvailevaa tietoa siitä, millaisia vaaratilanteet ovat olleet, ja mitä mahdollisia kehittämisehdotuksia aineistosta käy ilmi.

#### 3.2.1 Laadullinen tutkimus

Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään usein tilanteissa, joissa ilmiöitä ei tunneta, eikä valmista teoriaa ole olemassa, jolla voidaan selittää tutkittavaa ilmiötä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan yksittäistä tapausta, ja siten on mahdollista ymmärtää ilmiö uudella tavalla. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitellaan mahdollisimman kattavan tiedon saantia yhdestä havaintoyksiköstä, jolloin tapausta työstetään kokonaisvaltaisesti saaden ilmiöstä syvälinen näkemys. Laadullisen tutkimuksen tuloksen yleistäminen ei siten ole mahdollista. (Kananen 2014, 16–19; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 63–74; Kiviniemi 2015, 74–75; Vilkkä 2015, 118–119.)

Laadullinen tutkimus voidaan nähdä prosessina, jossa ollaan kiinnostuneita merkityksistä, joita ihmiset kokevat ja näkevät reaali maailmasta. Tavoitteena on kuvata, ymmärtää ja tulkita tutkittavaa ilmiötä ja tarkastella sitä sen luonnollisessa yhteydessä. Tutkija itse toimii laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruun ja analysoinnin välineenä. Tämä inhimillinen tekijä muovaa tutkimus-prosessin edetessä tutkijan näkökulmia ja tulkintoja aineistosta. (Kananen 2014 16–19; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 63–74; Kiviniemi 2015,74–75; Vilkkä 2015, 118–119.)

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa on yleisesti käytössä useita erilaisia lähestymistapoja ja sen hallinta on vaativaa, koska tutkimusmuotona se on hyvin laajalle hajaantunut. Kaikilla lähestymistavoilla on kuitenkin sama päämäärä eli saavuttaa tutkittavasta aineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67–71.) Opinnäytetyö toteutettiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä, koska

tavoitteena oli kuvata, ymmärtää ja tulkita potilaan tunnistamiseen liittyviä vaaratilanteita ja saada niistä syvällisempää tietoa. Tavoitteena oli saavuttaa käsitys siitä, missä hoitotyön tilanteissa vaaratilanteita potilaan tunnistamisessa voi tapahtua.

### 3.2.2 Tutkimusaineisto

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koon sijaan merkitystä on aineiston laadulla. Tutkijat tavoittelevat tieteellisesti laadukasta, edustavaa ja yleistettävää aineistoa eikä tutkimuksen tavoitteena ole tilastollinen yleistettävyys vaan pyritään esimerkiksi teoreettiseen yleistettyyteen. Keskiössä otoksessa ovat kokemukset, tapahtumat sekä myös yksittäiset tapahtumat. Jos tutkimuksessa käytetään osallistujia, pyritään mukaan siten saamaan henkilöitä, joilla on annettavana paljon tietoa tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Valintakriteerinä voidaan myös käyttää saturaatiota, jolloin tietoa kootaan niin kauan, ettei enää saada uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Näin saadaan riittävä aineisto tuomaan julki teoreettinen perusnäkökulma. Tutkimuksessa käytettävän aineiston kokoon vaikuttavia tekijöitä ovat tutkimuksen laajuus ja miten se rajataan sekä millainen on tutkittava ilmiö. Selkeä aihe tarvitsee vähemmän tiedonantajia. Lisäksi kokoon vaikuttavat aineiston laatu sekä tutkimuksen asetelma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110–112; Eskola & Suoranta 2008, 60–62; Vilkkä 2015, 150–155.)

Käytännössä tutkimusaineiston otoksen määrittämisessä voidaan käyttää kolmea menetelmää; tarkoituksenmukaista otantaa, verkosto-otantaa tai teoreettista otantaa. Tarkoituksenmukaisessa otannassa tutkija valitsee tietoisesti tietyt tapahtumat, osiot tai osallistujat. Valinnat tulee perustella hyvin, sillä menetelmä voi myös herättää kriittistä arviointia. Verkosto-otanta perustuu sosiaalisten verkostojen hyödyntämiseen ja sitä kautta voidaan saavuttaa tiedoksiantajia, joita muuten ei löydetäisi. Teoreettinen otanta toteutetaan keräämällä tietoa niin kauan, että saadaan vahvistettua kehitettyä teoriaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112–113.) Opinnäytetyössä käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, jolloin käytössä olevasta aineistosta valittiin tietoisesti ne tapahtumat, jotka otettiin opinnäytetyöhön käsiteltäväksi aineistoksi. Valitun aineiston käyttö voitiin perustella tutkimuskysymysten pohjalta.

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää kirjallisen aineiston kaikkia muotoja. Kirjallisen aineiston yhteydessä puhutaan sekundaarisesta tiedonkeruumenetelmästä, jossa muodostuu dokumentteja. Tämä tarkoittaa kirjoitetussa, kuvallisessa, äänitetyssä tai muussa visuaalisessa muodossa laadittua aineistoa. Näiden tuottaminen on tapahtunut menneessä ajassa ja muodostavat siten kuvauksen tapahtuneista asioista. Dokumenttien käyttö tutkimuksessa nähdään ongelmallisena sen suhteen, että niiden laadinnalla on oma tarkoituksensa ja osalla pakollisuuden periaate ja mahdollisesti myös tarkka ohjeistus kirjaamisen muodosta. (Kananen 2014, 90–91.)

Opinnäytetyössä käytettävän materiaalin toimitti opinnäytetyön tilaaja. Aineistona opinnäytetyössä käytettiin HaiPro järjestelmästä otettua sähköistä materiaalia. Materiaali koostui 1.1. ja 22.12.2016 välisenä aikana laadituista tapahtumailmoituksista erään yliopistosairaalan yhdellä toimialueella. Aineiston käsittävät ilmoitukset olivat henkilökunnan kirjaamia tekstejä läheltä piti - sekä haittatapahtumista. Kirjaaja on ollut joko virheen tehnyt tai havainnut henkilö. Kirjaaja on voinut itse määrittää, minkä verran tapahtumaa kuvaa. Osassa ilmoituksista kuvaus oli kattava ja osassa sitä vastoin informaatiota oli niukasti. Kirjaaja on voinut myös ehdottaa keinoja, miten vastaavan virheen voisi jatkossa välttää sekä kuinka toimintaa voisi kehittää.

Koska HaiPro-järjestelmästä ei pystytty erottamaan potilaan tunnistamiseen liittyviä vaaratilanteita, aineisto sisälsi kaikki tehdyt ilmoitukset. Näistä poimittiin tutkimuksessa käytettävä aineisto. Tilaajan edustaja teki HaiPro-järjestelmästä materiaalin ajon, siirsi sen Microsoft office Word -tiedostoksi ulkoiselle kovalevylle ja toimitti opinnäytetyön tekijöille käsiteltäväksi 12. tammikuuta 2017. Word-tiedostossa oli yhteensä 1031 HaiPro-ilmoitusta. Sivuja tiedostossa oli 209, Calibri-fontilla ja fonttikoolla 11.

### 3.2.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysissä tavoitteena on systemaattinen ja objektiivinen dokumenttien analysointi. Näitä voivat olla kirjat, artikkelit, raportit, haastattelut ja ylipäätään kirjallisessa muodossa oleva materiaali. Sisällönanalyysissä kerätty tietoaineisto tiivistetään siten, että tutkittava ilmiö voidaan sanallisesti kuvailla lyhyesti ja yleistämällä, tai tutkittavista ilmiöistä saadaan esille niiden väliset suhteet (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Analyysin tuloksesta voidaan muodostaa käsiteluoituksia, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai malleja. Sisällönanalyysin vahvuuksia ovat sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. Vaikka sisällönanalyysillä tuotetaan yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia, saavutetaan sillä myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä tutkittavasta aineistosta. Hyvä analyysi lisää tutkittavan ilmiön informaatioarvoa, johon pyritään luomalla aineistosta mielekäs ja selkeä sekä yhtenäinen kokonaisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167.)

Sisällönanalyysi voidaan prosessina kuvata erottamalla siitä eri vaiheet, joita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon perehtyminen, sen pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi tehdystä sisällönanalyysistä. Sisällönanalyysi jaotellaan induktiiviseen eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen eli teorialähtöiseen analyysiin. Induktiivisessa sisällönanalyysissä sanojen luokittelu perustuu teoreettiseen merkitykseen, kuvaavat luokat ovat

toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä, jolloin aineistosta erottuu samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23–24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Vilkkä 2015, 163–164.)

Sisällönanalyysin valmisteluvaihe etenee mahdollisen litteroinnin jälkeen analyysiyksikön määrittelyllä, joka voi olla yksittäinen sana tai teema. Määrittelyyn vaikuttaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tässä vaiheessa on myös huomioitava tarkastellaanko materiaalista ilmi-sisältöä vai piilosisältöjä. Aineistoa tutkivan päämäärä on saada selvyys aineistosta ja käsitys siitä mistä kokonaisuudessaan on kyse. Aineiston pelkistäminen toteutuu karsimalla tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio pois, tiivistämällä ja pilkkomalla aineisto osiin. Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset määrittävät aineiston tiivistämisen perustan. Pelkistämisen jälkeen tutkimusaineisto ryhmitellään, jolloin alkuperäisaineisto läpikäydään tarkasti ja haetaan samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia käsitteistä. Samansisältöiset käsitteet ryhmitellään ja muodostetaan luokkia, joille annetaan niiden sisältöä kuvailevat nimet. Ryhmitelystä syntyy tutkimuksen tulokseksi käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. Saatu tulos tuottaa tutkittavan ilmiön teoreettisen kuvauksen, jota tutkijan on vielä selitettävä ja tulkittava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 229–230; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–168; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29; Vilkkä 2015, 163–164.)

Opinnäytetyön aineiston analysointivaiheen tueksi laadittiin analyysirunko (liite 2). Tämä ja tutkimuskysymykset toimivat aineiston käsittelyssä eteenpäin vievinä tekijöinä. Opinnäytetyön tekijät lukivat aluksi saadun aineiston itsenäisesti läpi. Molemmat tekijät merkitsivät korostamalla eri värillä tiedostosta potilaan tunnistamiseen liittyvät ilmoitukset. Tämän jälkeen tekijät kävivät koko aineiston yhdessä läpi ja vertasivat korostamiaan ilmoituksia. Molemmat tekijät olivat määritelleet samat ilmoitukset potilaan tunnistamiseen liittyen. Tässä yhteydessä todettiin yhden ilmoituksen olevan aineistossa kirjattuna kaksi kertaa, joten toinen ilmoituksista poistettiin käsiteltävästä aineistosta. Käsiteltävien HaipPo-ilmoitusten määräksi jäi 79 kappaletta. Potilaan tunnistamiseen liittyvät ilmoitukset kopioitiin erilliseen Word-tiedostoon. Ilmoitukset luettiin vielä yhdessä huolellisesti yksitellen läpi. Jokaisen ilmoituksen kohdalla keskusteltiin tapahtumasta ja muodostettiin siitä kirjallinen pelkistys tiivistämällä tutkimuskysymysten kannalta olennainen tieto. Pelkistys kirjattiin jokaisen ilmoituksen yhteyteen eri värillä. Pelkistykset sisältävä aineisto tulostettiin paperille. Jokainen ilmoitus leikattiin erilliseksi ja aineiston ryhmittely aloitettiin. Ryhmittelyn ensimmäisessä vaiheessa hyödynnettiin laadittuja pelkistyskäsitteitä, joiden perusteella samansisältöiset ilmoitukset kerättiin yhteen ja nimettiin sisältöä kuvailevalla nimellä. Näistä muodostuivat aineiston seitsemän pääkategoriaa, jotka olivat lääkehoito, tunnistamisvälineet, kirjaaminen, sanelut, potilasasiakirjat, tutkimus ja toimenpide.

Pääkategorioiden mukaisesti laadittiin seitsemän erillistä Word-tiedostoa, joihin kopioitiin potilaan tunnistamiseen liittyvästä aineistosta pääkategorioiden mukaiset ilmoitukset hyödyntäen papereilla tehtyä jaottelua. Aineistoa käsiteltiin syvällisemmin tutkimuskysymysten ja laaditun analyysirungon pohjalta. Word-tiedostoihin kirjattiin tarkemmat huomiot tapahtumista ja aineistoa jaoteltiin samankaltaisuuksien mukaisesti. Kun aineisto koettiin hyvin läpikäydyksi, ryhdyttiin laatimaan analyysitaulukkoa (Liite 3). Analyysitaulukon luominen selkeytti aineistoa ja tuloksena muodostui 11 yläkategoriaa ja näiden alle 22 alakategoriaa. Materiaalissa oli tunnistetietoja, kuten ilmoituksen numero, päivämäärä sekä yksikkö missä vaaratapahtuma oli sattunut. Analysointivaiheessa käsiteltiin vain tilanteen kuvauksia, tunnistetiedot poistettiin ja tarvittaessa tilalla käytettiin x- sekä y-merkintää.

Aineiston analyysivaiheessa tulkinta on esiin nousevien merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa, jolloin tutkija luo tuloksista omia johtopäätöksiä. Analysointi itsessään ei vielä muodosta tutkimuksen tuloksia vaan niistä tulisi laatia synteesejä, jotka koostavat pääseikat yhteen ja antavat selkeät vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tulokset siis perustuvat laadittuihin synteeseihin. Hyvä tutkija pohtii vielä tulosten laajempaa merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2009, 229–230; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–168; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29; Vilka 2015, 163–164.)

## 4 Tulokset

Opinnäytetyössä käytetty tutkimusaineisto sisälsi 79 HaiPro-ilmoitusta, joissa potilaan tunnistaminen virheellisesti oli muodostanut vaaratapahtuman. Potilaan tunnistamiseen liittyvistä vaaratapahtumista suurin osa, eli vajaa kolmannes tapahtui potilaalle toteutettavassa lääkähoidossa. Viidesosassa ilmoituksista virhe tapahtui potilasasiakirjojen käsittelyssä. Useita vaaratapahtumia oli muodostunut potilaan tunnistamisvälineen puutteellisessa käytössä sekä potilaalle tehtävien tutkimuksien yhteydessä. Lisäksi joitakin vaaratapahtumia oli syntynyt kirjaamisen, saneluiden ja toimenpiteen yhteydessä.

### 4.1 Lääkehoito

”Lääkehoito”-pääkategoriaan luokiteltiin ilmoitukset, jotka liittyivät hoitotyössä toteutettavaan lääkehoitoprosessiin sisältäen lääkkeen määräämisen, annostelun ja antamisen potilaalle. Lääkehoidon osalta potilaan tunnistamiseen liittyneistä vaaratapahtumista muodostui kolme yläkategoriaa. Näitä olivat ”Lääkkeen määräysvirhe”, ”Lääkkeen jakovirhe” sekä ”Lääkkeen antovirhe”.



”Lääkkeen määräysvirhe”-yläkategoriassa vaaratapahtumia muodostivat tilanteet, joissa lääkemääräys oli kirjattu potilaspaikan, ei potilaan mukaisesti tai lääke oli määrätty väärälle potilaalle. Virheet havaittiin kuitenkin ennen lääkkeen antoa, eikä potilaille siten aiheutunut haittaa. Ilmoituksista ei kuitenkaan käynyt, ilmi miten virheellinen lääkemääräys käytännössä huomattiin.

Lääkemääräys oli vahingossa laitettu X-paikan potilaan listalle.

Päivystävä lääkäri määrää iv cordarone alkubolus/infuusio, magnesiumkorjaus väärälle potilaalle. Hoitaja asian huomannut ja pyytänyt korjaamaan ja asia korjattu, eikä potilasvahinkoa tapahtunut.

Yläkategoriassa ”Lääkkeen jakovirhe” vaaratilanteita muodostui jaettaessa lääkkeitä väärillä tunnistetiedoilla. Tilanteissa ei oltu tarkistettu lääkedosetissa olevien huone- ja paikkanumeroiden vastaavuutta oikean potilaan nimeen ja henkilöturvatonnukseseen. Lääkkeiden jako oli suoritettu dosetteihin huone- ja paikkanumeron perusteella. Virheet havaittiin kaksoistarkistuksen yhteydessä, joten potilaat eivät saaneet väärää lääkettä. Yhdessä ilmoituksessa kuvattiin virheen aiheuttamaa ylimääräistä työtä, sekä epäiltiin virheen johtuneen inhimillisestä huolimattomuudesta lääkedosetteja merkittäessä.

Erään potilaan dosetissa oli oikea huone- ja paikkanumero, mutta väärän potilaan nimi ja HETU.

”Lääkkeen antovirheet”-yläkategoriassa vaaratilanteet jakoutuivat tilanteisiin, joissa lääke oli annettu väärälle potilaalle, mutta potilas ei ollut sitä ottanut sekä tilanteisiin, joissa potilas oli ottanut hänelle virheellisesti annetut lääkkeet. Ilmoituksista kävi ilmi, ettei potilaita oltu tunnistettu oikein antotilanteissa. Lääkkeet oli annettu potilaille huoneen numeron ja potilaspaikan mukaan. Tämä ilmaistiin joissakin ilmoituksissa huolimattomuusvirheenä, sekä viitattiin puolittuihin potilaisiin. Osassa ilmoituksia oli kuvattu tapahtumaan myötävaikuttaneita tekijöitä, joita olivat kiire, työmäärä, potilaiden hoitoisuus, samankaltaiset nimet tai sairaudet sekä sijaiset. Lisäksi kansiot, joissa pidettiin paperisia lääkelistoja, aiheuttivat vaaratilanteita. Kansioon oli jäänyt edellisen potilaan lääkelista tai lääkelista oli laitettu väärään paikkaan kansiossa ja näiden johdosta potilas sai toiselle potilaalle kuuluvat lääkkeet. Tilanteissa, joissa potilas ei ollut ottanut toisen potilaan lääkkeitä, potilaiden oma valppaus oli estänyt haittatapahtuman muodostumisen. Potilaan saama väärä lääke aiheutti lisätyötä henkilöstölle ja ylimääräistä huolta potilaalle. Potilaan tilaa jouduttiin useissa tapauksissa seuraamaan normaalia tiheämmin, kuitenkin vakavilta seurauksilta oli ilmoitusten mukaan vältytty. Ilmoituksissa oli myös ilmaistu virheen aiheuttaneen lisäkustannuksia sekä imagohaittaa.

Potilaalle vahingossa laitettu tippumaan toisen potilaan antibiootti Tazocin 4g.

9-1 ja 9-2 menneet sekaisin raportin saajalta.

Lääkäri antanut suullinen määräys Solu-Medrol 40 mg iv. Oma hoitaja pyytänyt i.v luvallisen hoitajan antaa potilaalle lääkettä. Hoitaja, joka antanut lääkettä kuuli tai ymmärsi väärin ja antoi vahingossa toiselle potilaalle lääkettä.

Kansioon ei oltu laitettu uuden potilaan lääkelistaa, vaan paikalla oli edellisen potilaan lista. Lääkettä antanut hoitaja ei ollut tätä huomannut vaan antanut listassa näkyvän lääkettä.

Tein kiertomuutoksen, mutta laitoin tulostamani uuden iv-listan väärän potilaan kohdalle iv-kansioon. Näinollen väärä potilas sai klo 12 antibiootin.

Aamulla potilas soittaa kelloa ja kertoo hänen pöydällään olevan luultavasti väärät lääkkeet. Huoneessa oli kaksi potilasta ja heidän aamulääkkeensä oli laitettu väärille pöydille.

Lääkäreiden mukaan saaduista lääkkeistä ei ole potilaalle välitöntä haittaa. Lääkärin ohjeen mukaisesti kontrolloitu verenpaine n. 30 min. haittatapahtumasta, jonka jälkeen potilas saanut omat aamulääkkeensä, pl. Somac, jonka sai toisen potilaan lääkkeitä. Henkilöstölle ja yksikölle imagohaitta sekä ylimääräinen kustannuserä "hukkaan" menneiden lääkkeiden muodossa.

#### 4.2 Tunnistamisvälineet

"Tunnistamisvälineet"-pääkategoriaan määriteltiin kuuluviksi ilmoitukset, joissa vaaratapahduma liittyi tunnistamisvälineen eli henkilökortin tai potilasrannekkeen puuttumiseen tai virheellisyyteen. Pääkategoria jakautuikin yläkategorioihin "Tunnistamisväline puuttuu" sekä "Tunnistamisväline väärä". Kaikissa ilmoituksissa kuvatuissa tilanteissa potilaan tunnistaminen luotettavasti henkilökortin tai potilasrannekkeen avulla ei ollut mahdollista. Ilmoituksista ei käynyt ilmi syytä puuttuvalle tai väärälle tunnistamisvälineelle.

"Tunnistamisväline puuttuu"-yläkategoriassa potilasrannekkeen tai henkilökortin puuttuminen potilaalta havaittiin pääsääntöisesti toimenpiteen aloituksen yhteydessä sekä potilaan siirtyessä osastolta toiselle. Yhdessä ilmoituksessa rannekkeen puuttuminen havaittiin henkilökunnan vuoronvaihdon yhteydessä. Muutamassa ilmoituksessa tuotiin esille rannekkeen puuttumisen olevan toistuva ongelma eräältä osastolta siirtyvillä potilailla. Luotettavan tunnistamisvälineen puuttuessa ilmoituksissa oli kuvattu tunnistamisen tapahtuneen kysymällä potilaalta itseltään henkilötiedot. Osassa ilmoituksista potilas ei kyennyt kertomaan henkilötietojaan, jolloin tunnistamisen teki henkilökunta. Tunnistamisvälineen puuttuminen aiheutti yhden ilmoituksen mukaan potilaalle haittana pitkää odottamista tutkimuspöydällä. Eräässä ilmoituksessa haitaksi oli kuvattu muistamattoman potilaan mahdollinen karkaaminen osastolta. Suurimmassa osassa ilmoituksia tunnistamisvälineen puuttumisen ei kuitenkaan ole kuvattu johtavan haitan muodostumiseen.

Saattajille ei oltu annettu potilaan henkilötunnusta tai kelakorttia mukaan, josta potilaan olisi voinut tunnistaa.

Potilaalta puuttui ranneke.

Potilailta itseltään vuoronalussa hetu:t tarkistettu ja rannekkeet laitettu.

Potilas käytiin tunnistamassa osastolta.

Potilas ei puhu suomea tai englantia, eikä pysty henkilötunnustaan kertomaan. Potilas joutui odottamaan pitkään tutkimuspöydällä tunnistusta. Muiden tutkittavien ajat venyivät.

Potilas muistamaton ja ensiavusta kerrottu, että vaeltanut siellä runsaasti. Vaarana ollut, että potilas lähtee pois osastolta.

”Tunnistamisväline väärä”-yläkatgoria sisälsi yhden ilmoituksen, jossa potilaalla havaittiin olevan toisen henkilön potilasranneke kädessään. Tämä huomattiin toimenpiteen yhteydessä. Ilmoituksesta ei käynyt ilmi syytä tapahtuneelle, eikä siinä kuvattu tilanteesta aiheutuneen haittaa potilaalle.

Huomattiin potilaalla olevan toisen henkilön ranneke kädessä.

#### 4.3 Kirjaaminen

”Kirjaaminen”-pääkatgoria sisälsi ilmoitukset, joissa potilaan tunnistamisessa oli tapahtunut virhe potilaan tietoja kirjattaessa. Pääkatgoria ”Kirjaaminen” jakautui kahdeksi yläkatgoriaksi; ”Kirjattu virheellinen henkilötunnus” sekä ”Kirjaaminen tehty väärän potilaan tietoihin”.

Virheellinen henkilötunnus oli kirjattu joko sähköiseen järjestelmään tai potilaan papereihin. Ilmoituksiin ei ollut kirjattuina selkeitä perusteita virheen muodostumiselle. Voitiin kuitenkin päätellä ilmoituksen sisällön perusteella virheen muodostuneen huolimattomuudesta, eli ei oltu tarkistettu henkilötunnusta tai syötetyn tiedon oikeellisuutta. Osassa ilmoituksista kuvattiin kiire myötävaikuttavana tekijänä tapahtuman syntyyn. Ilmoituksissa tuotiin esille virheiden aiheuttama lisätyö ja haitaksi muodostunut potilaan tietojen siirtokatkos, sekä vainajan siirron viivästyminen.

Potilaan henkilötunnus kirjoitettu potilasvalvontamonitoriin väärin, mistä johtuen numeraaliset tiedot ja ST-segmenttien seuranta (Verenpaine, ST-tasojen seuranta, sydämensyke, happisaturaatio) ei ole ollenkaan siirtynyt X-kirjaamisjärjestelmään.

Potilaan tiedonsiirto ollut katkenneena siihen asti, että iltavuoron hoitaja on saapunut eli yli 4 tuntia.

Tilattaessa thx potilaalle huomataan, että potilaan henkilötunnus raportti lapussa väärä. Henkilötunnus sama, kuin toisella potilaalla.

Viikko kuoleman jälkeen soitettiin hautaustoimistosta, että he eivät saa vainajaa siirrettyä, koska vainajalla on väärä sotu. Korttiin oli kirjattu toisen nuoremman osastolla olevan potilaan sotu.

”Kirjaaminen tehty väärän potilaan tietoihin”-yläkategoriassa virheellinen kirjaus oli tehty joko sähköiseen hoitajakutsujärjestelmään tai potilastietojärjestelmään. Ilmoituksista ei käynyt ilmi syitä, miksi tiedot on kirjattu toisen potilaan tietoihin. Ilmoitusten sisällöstä voitiin päätellä kyseessä olleen huolimattomuus kirjaamistilanteessa, sekä virheestä aiheutuneen lisätyötä. Osassa ilmoituksista ilmaistiin kiireen mahdollisesti myötävaikuttaneen virheen syntynyt. Ilmoituksista ei käynyt ilmi, että potilaille olisi aiheutunut haittaa. Virheellisesti kirjattu DNR-päätös olisi voinut kuitenkin johtaa tilanteeseen, jossa potilas olisi jätetty elvyttämättä.

Miratelin paikkalistaan, jota hoitajat käyttävät potilaslistana vuorottain, oli potilaan kohdalle merkattu DNR, jota potilaalla ei todellisuudessa ole.

Potilaan tietoja tarkasteltaessa todettiin, että osasto X:n miespuolisen potilaan osaston hoitosuunnitelman tiedot kuluvalta ja seuraavalle päivälle suunnitellut olivat väärän potilaan tietoja, naispuoliselle kuuluvia.

Potilaan sisätautilehdellä on samalle päivälle n. tunnin välein kirjattu kaksi konsultaatiovastausta. Toisessa konsultaatiovastauksessa vastataan X sairaalasta tulleeseen lähetteen ja toisessa vastataan Y:stä tulleeseen konsultaatioon. Oberonin mukaan potilaasta on saapunut lähete ainoastaan Y:stä.

Astrup tulos syötetty väärälle potilaalle.

#### 4.4 Sanelut

Pääkategoria ”Sanelut” käsitti sanelut, jotka oli toteutettu virheellisesti. Sanelussa oli joko väärän potilaan nimi tai yhden potilaan saneluun on saneltu kahden potilaan tekstit. ”Sanelussa väärän potilaan nimi”-alakategorian ilmoituksesta ei käynyt ilmi syytä tapahtuneelle. Virhe havaittiin sanelun purun yhteydessä. Virheellinen tieto ei tallentunut potilastietoihin, joten siitä ei aiheutunut potilaalle haittaa. Alaketegorian ”Sanelussa kahden potilaan tiedot” ilmoituksissa ei ollut selkeästi kuvattuna syytä tapahtuneelle, mutta ilmoitusten sisällöstä voitiin tulkita kyseessä olevan toimintapa, joka johtaa virheen muodostumiseen. Näissä ilmoituksissa oli kuvattu hyvin se, mitä väärin tehty sanelu aiheuttaa. Potilasmerkintöjen valmistuminen viivästyy, sillä tekstinkäsittelijän työstä tulee manuaalista ja hidasta. Potilastiedot eivät ole saatavilla hoitohenkilökunnalle ennen kuin koko sanelulinkki on purettu.

Lääkäri saneli väärän potilaan (naisen) nimen.

Yhdelle sanelutiedostolle oli saneltu kahden eri potilaan sanelut, mikä johtaa tilanteeseen missä jälkimmäisen potilaan sanelua ei voi tarpeen vaatiessa löytää.

Tämä aiheuttaa jälkimmäisen potilaan sanelulle vaaratilanteen, sillä sanelu jää piiloon eikä sitä tarvittaessa löydy mistään ko. potilaan tiedoilla, vasta kun koko sanelulinkki on purettu ja päivitetty.

#### 4.5 Potilasasiakirjat

Pääkategoriaan ”Potilasasiakirjat” luokiteltiin ilmoitukset, joissa tunnistamisvirhe oli tapahtunut potilaan potilasasiakirjojen käsittelyn yhteydessä. Potilasasiakirjoiksi aineistosta katsottiin kuuluvaksi potilaan tietoja sisältävät potilaspaperit, kuten kaavakkeet, tutkimustulokset, hoitokertomuksen tekstit, lääkelistat sekä lähetteet. Pääkategoriaan muodostui yksi yläkategoria ”Väärät potilas-asiakirjat”, joka jakautui kolmeen alakategoriaan. Näitä olivat ”Potilaan papereissa toisen potilaan potilasasiakirjoja”, ”Käytössä toisen potilaan potilasasiakirjoja” sekä ”toimitettu toisen potilaan potilasasiakirjoja potilaalle”.

”Potilaan papereissa toisen potilaan potilasasiakirjoja”-alakategorian ilmoituksissa oli kyse tilanteista, joissa potilaan mukana kulkevien potilasasiakirjojen sekaan oli joutunut toisen potilaan potilasasiakirjoja. Ilmoituksista ei käynyt ilmi syitä näille tapahtumille. Kuvausten perusteella voitiin kuitenkin päätellä kyseessä olleen huolimattomuus potilasasiakirjojen käsittelyssä. Virheen havaitseminen tapahtui useimmissa tilanteissa potilaan siirtyessä osastolta toiselle.

Potilaan mukana leikkaussaliin tulleet omien papereiden lisäksi toisen potilaan paperit.

Potilaan paperit olivat kirjekuoressa, jossa oli potilaan nimi päällä. Kirjekuoressa oli 1 teksti ko. potilaasta ja loput kirjekuoressa olevat paperit ja EKG olivat toisen potilaan.

Alakategoriassa ”Käytössä toisen potilaan potilaspaperit” ilmoituksiin oli kirjattu tilanteet, joissa väärin potilaspapereiden perusteella kirjattiin väärää lääkemääräystä sekä annettiin toisen potilaan jatkohoitotulosten perusteella raporttia potilaasta hänen siirtyessä toiselle osastolle. Vaaratilanteiksi oli kirjattu myös tapahtumat, joissa potilaspaikalla ei ollut potilaan omaa potilaskansiota, vaan toisen potilaan potilaskansio sekä potilaan mukana olleet toisen potilaan potilaspaperit. Ilmoitusten sisällöstä voitiin päätellä, että virheet olivat tulleet ilmi siirtymätilanteissa. Osassa tilanteista ehdittiin aloittaa toiminta väärin potilaspapereiden perusteella, mutta virhe ehdittiin havaita ennen toiminnan loppuun saattamista, kuten lääkkeen antamista. Joistakin ilmoituksista ei käynyt ilmi, onko tilanteesta aiheutunut haittaa potilaalle. Myötävaikuttaviksi tekijöiksi oli joihinkin ilmoituksiin kirjattu kiire ja huolimattomuus.

Lääkityksiä kun kirjattu, aluksi ihmetelty miksi Crestor aloitettu (useimmiten aloitetaan jokin muu kolesterolilääke alkuun..) mutta Thyroxinin kohdalla alettu tarkistamaan taustatietoja ja sitten tarkistettu myös tulosten tiedot, jotka olivatkin väärin potilaan tiedot.

Antaessani raporttia vos hoitajalle ihmettelin potilaan lääkelistaa, jolloin huomasin, että kyseessä olikin toisen potilaan jatkohoitotuloste.

CCU-päivystäjä ehtinyt määrätä potilaalle hoitoannoksella klexanen väärän EKG:n perusteella, jossa eteisvärinä. Tämä kuitenkin saatu pois listalta ennen lääkkeen menoa potilaalle.

”Toimitettu toisen potilaan potilasasiakirjoja potilaalle”-alakategorian ilmoituksissa kuvatuissa vaaratilanteissa oli potilaalle lähetetty kotiin toiselle potilaalle kuuluva kirje, potilaalle oli postitettu omien papereidensa välissä toisen potilaan lähete ja potilaan tietoihin kanta-arkistoon oli tallentunut toisen potilaan hoitotyön yhteenveto. Tilanteessa, jossa potilaalle oli postitettu toisen potilaan kirje, voitiin ilmoituksen sisällön perusteella päätellä myötävaikutaneeksi tekijäksi potilaille varattujen aikojen vaihtaminen keskenään. Toisen potilaan lähetteen joutuminen potilaan papereiden joukkoon johtui ilmoituksen mukaan tulostinongelmasta. Syytä potilaan hoitotyön yhteenvedon tallentumiseen toisen potilaan tietoihin ei ollut kuvattuna ilmoituksessa. Tässä kategoriassa voitiin haitaksi katsoa potilasasiakirjojen salassapidon epäonnistumisen.

Potilas (A) saanut kirjeen, jossa toisen potilaan tiedot.

Potilas ottanut yhteyttä osastolle xx.xx.2016 huomattuaan Kanta-arkistossa hänen tiedoissaan olevan 2 erilaista Hoitotyön yhteenvettoa. Toinen näistä ollut jonkun toisen potilaan.

#### 4.6 Tutkimus

”Tutkimus”-pääkategoriaan luokiteltiin ilmoitukset liittyen potilaalle toteutettaviin tutkimuksiin, jotka tarvitsevat toteutuakseen lääkärin laatiman lähetteen. Näitä ovat erilaiset veri- tai eritenäytteet, potilaan kuvantaminen sekä sydänfilmin rekisteröinti. ”Tutkimukseen liittyvä virheellinen tunnistetieto”-yläkatgoria jakautui kolmeen alakategoriaan; ”Tutkimus tilattu väärälle potilaalle”, ”Puuttuvat tunnistetiedot” sekä ”Väärät tunnistetiedot”.

”Tutkimus tilattu väärälle potilaalle”-alakategoriassa tunnistamisvirhe tapahtui tutkimusta tilattaessa. Ilmoituksissa oli kuvattu tilanteiden johtuneen väärän henkilötunnuksen käyttämisestä lähetettä laadittaessa. Selkeää syytä väärän henkilötunnuksen käyttöön ei ilmoituksista ilmennyt, voitiin kuitenkin päätellä virheen johtuneen huolimattomuudesta. Osassa vaaratapahtumista virhe havaittiin ennen tutkimuksen toteuttamista. Yhdessä tapauksessa väärä lähete johti potilaan saamaan turhaan säteilytykseen. Ilmoituksessa mainittiin haitaksi myös yksikölle aiheutuneet ylimääräiset tutkimuskustannukset.

Pacsissa näkyi aiempi kuvaus, jolloin huomasimme, että potilaalla ei näy kuvassa tahdistinta. Uudessa thorax pyynnössä lähetetekstinä oli ”tahdistin

ongelma". Näin ollen heräsi myös epäily, että onko lähete kirjoitettu varmasti oikealle potilaalle.

Olimme menossa kuvaamaan keuhkokuvaa potilaasta X osastolle. Selvisi, että lähete oli tehty väärälle potilaalle.

Kuvattu pään tt lähetteen mukaisesti potilaalle. Omahoitaja toi potilaan kuvaukseen. Lausuntoa antava päivystävä radiologi huomasi lähetteen tehdyksi väärälle potilaalle. (Pyyntö oli siis tarkoitettu toiselle potilaalle).

Alakategorioissa ”Puuttuvat tunnistetiedot” ja ”Väärät tunnistetiedot” virhe oli tapahtunut potilaan tunnistamisessa näytteenoton, kuvauksen tai rekisteröinnin yhteydessä. Vaaratilanteiksi luokiteltiin tilanteet, joissa näytteestä puuttui tunnistetiedot tai näytteessä oli väärät tunnistetiedot. Puuttuvat tunnistetiedot ilmoituksista ei käynyt ilmi, miksi potilaan nimeä ja henkilötunnusta ei oltu liitetty näytteeseen. Tunnistetiedon puuttuessa potilaasta jouduttiin ottamaan uusi näyte. Väärät tunnistetiedot ilmoituksissa voitiin ilmoitusten sisällön perusteella päätellä, ettei potilaan tunnistamista tutkimuksen yhteydessä oltu tehty oikein. Tunnistamismenetelminä oli käytetty potilaspaikkaa, toisen potilaan tunnusta tai nimeä. Ilmoituksista ei käynyt ilmi miksi tunnistaminen oli tehty virheellisesti. Myötävaikuttavina tekijöinä oli kirjattu kiire, tiedonsiirto-ongelmat, toimintatavat sekä huolimattomuus. Varsinaista haittaa potilaille ei ilmoitusten mukaan virheistä ollut aiheutunut. Mainitut haitat liittyivät lähinnä ylimääräisiin kustannuksiin sekä selvitystyöhön kuluneeseen aikaan.

Otettujen näytteiden seasta löytyy nimetön putki.

Hoitaja tilannut vahingossa näytteen saatuaan näytekortit naapuripotilaan nimellä.

Laboratorioon saapuneessa näytepurkissa oli kahden eri potilaan henkilötietotarrat.

Potilaan weblabissa EKG:ssä on väärän potilaan nimi.

Potilaalta otetut ABG- näytteet lähetetty yön aikana väärän potilaan henkilötiedoilla, koska ABG-laitteen vieressä ollut potilastietotunnistetikku sisälsi väärät potilas-tiedot.

#### 4.7 Toimenpide

”Toimenpide”-pääkategoriaan luokiteltiin ilmoitukset, jotka liittyivät tunnistamisvirheeseen potilaalle tehtävän toimenpiteen yhteydessä tai sen valmistelussa. Yläkategoriaksi muodostui ”Toimenpiteen valmisteluvirhe”. Toimenpiteellä tarkoitetaan tässä yhteydessä niitä hoitotyön toiminnallisia menetelmiä, joita potilas voi sairautensa hoitoon tarvita.

Alakategoriassa ”Väärä potilas toimitettu toimenpiteeseen” ilmoituksesta ei käy ilmi, miten tunnistaminen oli tehty potilaalle siirrettäessä potilasta osastolta toimenpiteeseen. Toimenpiteen aloituksen yhteydessä potilas tunnistettiin ja näin välttyttiin tekemästä toimenpiteestä potilaalle. Ilmoituksessa kuvattiin kahden eri osaston kuulumisen saman osastokoodin alle sekä osaston toimintatavan myötävaikuttaneen tilanteen muodostumiseen.

Osasto toimitti potilaskuljetuksen kautta heräämään toisen nimisen, hyvin väsyneen potilaan, jolla kyseisellä potilaalla ei ollut Operassa lainkaan toimenpiteilmoitusta. Rannekkeessa oli eri nimi, kuin tilaamallani potilaalla.

Soitin osastolle X olettaen, että minut ohjataan soittamaan toiselle osastolle, jos potilas ei olisikaan heillä.

”Punasolut tilattu väärälle potilaalle”-alakategoriaan luokiteltiin veritilaukset, jotka olivat tehty väärän potilaan tiedoilla. Väärä tilaus havaittiin, kun verikeskus soitti osastolle puuttuvasta sopivuuskoenäyttestä. Verikeskus huolehti virheellisen tilauksen poistamisen järjestelmästä. Ilmoituksissa oli kuvattu kattavasti virheen välittömät seuraukset, joita olivat ylimääräinen työ ja potilaan verensiirron viivästyminen. Lisäksi oli kuvattu virheellisen veritilauksen toteutumisen mahdolliset haitat, kuten väärin tilatun veren hävittäminen tai potilaalle annetusta väärästä verestä koituvat vakavat haittavaikutukset.

X tilannut punasoluja väärälle potilaalle.

#### 4.8 Kehittämisehdotuksia vaaratapahtumien välttämiseksi

Käsiteltävä tutkimusaineisto tuotti vähäisesti kehittämisehdotuksia potilaan tunnistamiseen liittyvien vaaratilanteiden välttämiseksi. Ehdotukset liittyivät lähinnä jo olemassa olevien toimintatapojen uudelleen käyttöönottoon tai olemassa olevien menetelmien tai toimintatapojen käytön tehostamiseen.

Ei käytetä kopiointimahdollisuutta potilaalta toiselle päivittäisen hoitotyön kirjaamisessa.

Tuplatarkistus; potilaan paikka+nimi+lääke pitää tarkistaa. Nyt oli tarkistettu vain IV-kansiosta, huomaamatta jäi, että väärän potilaan lista oli toisen kohdalla.

Aamuvuoro vie aamulääkkeet kehoitettu käyttämään taas tarjottimia joissa lääkekortit mukana, potilaan varmistus.

Jokaiseen lääketarraan kirjoitetaan aina potilaan nimi ja huoneen numero. Ennen lääkkeen tiputtamista, potilaan nimi tarkistetaan potilaalta tai potilaan kädessä olevasta tarrasta.

Jatkossa potilaan mukaan otetaan henkilökortti luotettavan tunnistamisen varmistamiseksi.



Selkeytetään työnjakoa uusien potilaiden tullessa osastolle. Varmistetaan toimenpidettä ennen normaalisti potilaan henkilöllisyys ja muut ilmoituksessa mainitut asiat.

## 5 Johtopäätökset ja pohdinta

### 5.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa tietoa potilaan tunnistamiseen liittyvistä vaaratilanteista sekä niiden pohjalta annetuista kehittämis ehdotuksista. Helovuori ym. (2011, 204) kuvaa hoitoprosessissa potilaan tunnistamisen kriittisiksi tilanteiksi muun muassa potilassiirrot, näytteenoton, lääkehoidon, tutkimuksen sekä toimenpiteiden suorittamisen. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaan tunnistamiseen liittyviä vaaratapahtumia voi tapahtua monissa hoitotyön toimintoihin liittyvissä tilanteissa. Jos potilaan tunnistaminen olisi toteutettu oikein ja huolellisesti, valtaosa tapahtuneista vaaratilanteista olisi mahdollisesti välttävissä.

Tutkimusten mukaan vain noin kymmenes vaaratapahtumista tulee ilmi vapaaehtoisen raportoinnin kautta. Kuitenkin tällä kymmenykselläkin saadaan tärkeää tietoa, sillä HaiPro-tietokannan ilmoitukset useimmista Suomen sairaanhoitopiireistä on saatu yhdistettyä. (Roine ym. 2017, 108–109.) HaiPro-järjestelmään kirjattavien ilmoitusten kautta on tarkoitus oppia tapahtuneista avaamalla niiden syyt ja syntyyn vaikuttavia tekijöitä ilmoituksen laadintavaiheessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 11; Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 11, 17–20).

Koska HaiPro-järjestelmässä ilmoituksen luokitteluissa ei ollut mahdollista valita vaaratapahtuman syyksi potilaan tunnistamisessa tehtyä virhettä, järjestelmästä ei myöskään saatu suoraan tietoa siitä, millaisia vaaratapahtumia tästä oli aiheutunut. Opinnäytetyöllä pystyttiin tuottamaan tilaajan toivomaa tietoa siitä, millaisia potilaan tunnistamiseen liittyviä vaaratapahtumia oli muodostunut. Tuloksia tarkastelemalla työn tilaajalla on mahdollisuus nähdä, millaisissa tilanteissa potilaan virheellinen tunnistaminen aiheuttaa vaaran. Saadun tiedon perusteella opinnäytetyön tilaajan on mahdollista kehittää potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyössä käsitellyn HaiPro-aineiston kaikista ilmoituksista lähes kahdeksan prosenttia koski tunnistamiseen liittyvää vaaratapahtumaa. Luvun perusteella voidaan todeta, että potilaan tunnistamisessa on käytännössä puutteita. Osassa ilmoituksista mainittiin potilaan tunnistamiseen liittyvät toimintaohjeet ja tiedostettiin oikeanlaiset menettelytavat. Opinnäytetyön tuloksena voidaan kuitenkin todeta, etteivät toimintaohjeet ja menettelytavat toteudu käytännön työskentelyssä. Tämän tiedon pohjalta on mahdollista lähteä selvittämään toimintaohjeiden osalta niiden saatavuutta ja toimivuutta sekä henkilöstön sitoutumista ohjeistukseen.

Hoitotyössä toteutettavan turvallisen lääkehoidon jokainen toimintavaihe potilaskohtaisesti tarvitsee toteutuakseen potilaan tunnistamisen oikealla tavalla. Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että lääkehoidossa potilaan tunnistaminen on puutteellista. Oletettavaa on, että jokaisella hoitotyön toteuttajalla on käsitys ja toimintatapa oikeanlaiseen lääkehoidon toteuttamiseen, jossa korostuu oikea potilas, oikea lääke, oikea annostus ja oikea aika. Päivittäinen hoitotyön suorittaminen voi kuitenkin muodostua rutiininomaiseksi, jolloin ei aina tule tarkistettua potilaan henkilöllisyyttä lääkehoitoa toteutettaessa. Käsitellyissä ilmoituksissakin viitattiin puolituttuihin potilaisiin. Vaikka virhe tapahtui potilaan tunnistamisessa, virheen syntyyn myötävaikuttivat ilmoitusten mukaan muun muassa huolimattomuus, kiire, työmäärä, sijaiset, potilaiden hoitoisuus, samankaltaiset nimet ja erilaisten lääkekansioiden käyttö. Näin ollen myötävaikuttavat tekijät voivat olla yksilölähtöisiä tai organisaatiolähtöisiä, kuten Pitkänen ym. (2014, 177–189) ovat tutkimuksessaan todenneet. Tutkimuksessa oli esillä myös vastaavia vaaratapahtumalle altistavia tekijöitä lääkehoitoprosessin eri vaiheissa, kuin mitä opinnäytetyössä tuli ilmi.

Oikein toteutettu potilaan tunnistaminen tehdään ensisijaisesti tunnistusranneketta käyttämällä, mikä tulee kaikilla terveydenhoito-organisaatioon sisään otetuilla potilailla olla (Kinnunen & Helovuori 2014). Opinnäytetyön tuloksien perusteella on havaittavissa, ettei tunnistusrannekkeen käyttö aina toteudu. Tunnistusrannekkeen puuttuminen havaittiin yleensä potilaan siirtyessä osastolta toiselle tai tutkimuksen yhteydessä. Tämä viittaa siihen, että osastohoidon aikana tunnistusrannekkeen käyttö tunnistamisvälineenä ei toteudu päivittäisessä hoitotyössä, kuten lääkehoidon toteuttamisen yhteydessä.

Opinnäytetyön tuloksista oli havaittavissa hoitotyön kirjaamisen osalta virheen potilaan tunnistamisessa johtuvan huolimattomuudesta, joka tapahtui käytännössä siten, että kirjaaja ei tarkistanut kenen tietoihin teki kirjauksen. Virheen muodostumiseen myötävaikuttivat kiire sekä kopioi ja liitä -toiminnon käyttö. Tulokset viittaavat myös siihen, että tietoteknisten järjestelmien käytön osaamisessa on puutteita. Jylhä (2017, 60–62) havaitsi tutkimuksessaan puutteellisen tiedonhallinnan olevan yhteydessä haittatapahtumien määrään. Hän toteaa hoitoon liittyvien päätösten tapahtuvan saatavilla olevan tiedon perusteella ja korostaa siten oikean tiedon, oikealle henkilölle, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja muodossa olevan turvallisen tiedonhallinnan periaate ja tae potilasturvallisuudelle.

Opinnäytetyön aineiston mukaan saneluissa tapahtunut potilaan tunnistamisen haaste johtuu teknisesti väärin toteutetusta sanelusta. Sanelu on mahdollista toteuttaa siten, että samaan tiedostoon sanellaan usean potilaan tiedot, mutta saneluiden purkamisesta muodostuu tuolloin haasteellinen prosessi. Näin ollen voi syntyä tilanne, jossa saneltujen tekstien sisältö kir-

jautuu väärän potilaan tietoihin. Ilmoitusten perusteella ei voida tietää, onko saneluiden toteuttamiseksi olemassa toimintaohje. Voidaan kuitenkin päätellä ilmoitusten sisällön perusteella se, että potilasturvallisuus taattaisiin sanelemalla jokaisesta potilaasta erillinen tiedosto.

Potilaan tunnistamisvirheet potilasasiakirjojen käsittelyssä ovat pääsääntöisesti inhimillisesti muodostuneita tapahtumia, joissa ei olla oltu tarkkoina potilasasiakirjoja käsiteltäessä. Joissakin ilmoituksissa on kuvattu myös teknisten ongelmien altistaneen tapahtuneelle. Näin ollen potilaiden paperit ovat voineet sekoittua. Potilaspaperien käsittely vaatii huolellisuutta. ”Potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää sellaisia välineitä ja menetelmiä käyttäen, että asiakirjoihin sisältyvien tietojen eheys ja käytettävyys voidaan turvata tietojen säilytysaikana” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 2§). Lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992, 13§) määrittää potilasasiakirjoihin sisällytettävän tiedon salassapitovelvollisuuden, täten tietoja ilman potilaan suostumusta ei saa ulkopuoliselle luovuttaa. Edellä esitetyt lain kohdat osoittavat sen, että potilasasiakirjojen käsittelyssä on oltava erityisen huolellinen. Tänä päivänä vallalla oleva pyrkimys paperittomaan hoitotyöhön voi vaikuttaa osaltaan siihen, ettei paperisia potilasasiakirjoja pidetä keskeisinä hoitotyössä ja siten niiden päivittäminen ja tarkastaminen voi jäädä vähäisemmälle huomiolle.

Potilaan hoidossa tarvittavien tutkimuksien ja toimenpiteiden osalta potilaan tunnistamisvirhe tapahtui tutkimusta tilattaessa, näytteeseen tunnistetietoja liitettäessä tai toimenpiteen valmistelussa. Tutkimuksen osalta virheen muodostuminen johtui siitä, ettei potilaan henkilötietoja tarkistettu tai syötetty huolellisesti järjestelmään. Opinnäytetyön aineiston ilmoituksista välittyy myös käsitys siitä, että tutkimusten tilaamisessa ja näytteeseen liitettävien henkilötietotarrojen tulostamisessa on järjestelmien käyttöön liittyviä osaamisen haasteita. Potilasturvallisuudenkin näkökulmasta on tärkeää varmistaa eri järjestelmien käytön hallinta. Toimenpiteiden valmisteluvirheiden muodostuminen olisi vältetty henkilötunnuksen tarkistamisella.

Opinnäytetyön aineistona olleista HaiPro-ilmoituksista valtaosassa oli niukasti tapahtumaa kuvailevaa tietoa, joka toi haasteita muun muassa syiden ja syntyyn vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen. Kehittämisehdotuksia oli vähäisesti tai ilmoitukseen oli kirjattu tapahtumaan kuulumatonta asiaa. Sarste (2012, 47) on havainnut tutkimuksessaan, että epäselvät tapahtumakuvaukset ilmoituksissa vaikeuttavat ilmoitusten luokittelua ja heikentävät luotettavuutta. Samassa tutkimuksessa tuli ilmi kiireen estävän ilmoitusten laadinnan tai vaikuttavan ilmoituksen sisältöön. Lisäksi havaittiin ilmoitusten tekijöiden koulutuksen tarve HaiPro-järjestelmän käyttöön. Opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa ovat saattaneet vaikuttaa samat tekijät siihen, että ilmoitukset kirjattiin suppeasti.

Helovuon ym. (2011, 20–21) mukaan turvallisen hoidon toteuttamisessa on useita riskejä, eikä vaaratapahtuma aiheudu yleensä vain yhden ihmisen tekemisestä tai kertaluontoisesta poikkeamasta. Ensiarvoisen tärkeää on löytää taustalla olevat riskit, jotta turvallisuutta voidaan kehittää. Opinnäytetyö toi HaiPro-ilmoitusten analysoinnilla näkyväksi tietoa näistä turvallisuutta heikentävistä tekijöistä.

Opinnäytetyön tuloksia kokonaisuutena tarkasteltaessa johtopäätöksenä voitiin todeta, että potilaan tunnistamiseen liittyviltä vaaratapahtumilta voidaan välttyä noudattamalla tunnistamisesta olevaa ohjeistusta. Jatkokehittämisehdotukseksi voitiin tulosten pohjalta määrittää potilaan tunnistamiseen liittyvien ohjeistusten tarkastelun ja niiden mahdollisen kehittämisen. Ohjeistusten käytäntöön juurruttamisesta olisi hyvä tehdä näkyvää, sekä potilaan roolia vahvistaa tunnistamisprosessissa. Pelkkä ohjeistuksen noudattaminen ei kuitenkaan poista vaaratapahtuman riskiä, vaan puuttamalla myötävaikuttaviin tekijöihin voidaan turvata potilaan hoito. Tämä tarkoittaa sitä, että tarkasteluun tulisi ottaa hoitohenkilöstön riittävä määrä suhteessa niin potilasmäärään, kuin potilaiden hoitoisuuteen. Työn käytänteiden luomisessa tulisi pyrkiä minimoimaan virheiden riskit. Henkilöstön osaaminen tulisi varmistaa eri järjestelmien käytön osalta ja sijaisten tulisi saada kattava perehdytys.

## 5.2 Luotettavuus

Tieteellinen tutkimus pyrkii tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavana olevasta ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnin perusta on se, kuinka totuudenmukaista tietoa kyetään tutkimuksen avulla tuottamaan. Luotettavuuden arviointi tutkimuksen teon yhteydessä on ehdottoman tärkeää tutkimustoiminnan tieteellisen tiedon ja sen käytettävyyden kannalta. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole saavutettu samansuuntaisia määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytettäviä selkeitä kriteereitä. Tästä huolimatta voidaan esittää tiettyjä kriteereitä, joilla laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tulkita. Arvioinnin kohteena ovat tutkimusaineiston kerääminen, aineiston analysointi ja tutkimuksen raportointi sekä tutkija. (Nieminen 1997, 215–216.)

Opinnäytetyön luotettavuutta pohdittiin arvioimalla tutkimusaineiston luotettavuutta. Työssä käytettiin valmiina olevaa aineistoa. Hirsjärvi ym. (2009, 189) korostaa valmiina olevaan aineistoon kriittistä suhtautumista, jossa silloin korostuu sisällön luotettavuuden arviointi. Pohdittavana olikin, kuinka totuudenmukaisesti vaaratilanteista HaiPro-järjestelmään oli raportoitu. Käytännössä järjestelmään kirjaaminen tapahtuu perustuen vapaaehtoisuuteen, eikä kirjaamistilannetta millään tavoin valvota. Haasteena nähtiin myös se, kuinka todenmukaisesti tilanne oli kyetty kertomaan tai oliko tilannetta edes kokonaisuudessaan ymmärretty.

Miten tilanne oli tapahtunut, miten se oli onnistuttu kuvaamaan raportointijärjestelmään ja miten se ymmärrettiin kuvauksesta analyysivaiheessa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi voidaan pelkistää myös kysymykseen tutkimusprosessin luotettavuudesta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija itse ja hänen rehellisyytensä on pääasiallinen luotettavuuden kriteeri. Luotettavuus jääkin arvion varaan, koska sitä ei pystytä samalla tavalla arvioimaan ja laskemaan, kuten määrällisessä tutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 2008, 210.) Tutkijan tulee tehdä arvioita oman tutkimuksen luotettavuudesta jokaisen suorittamansa valinnan kohdalla. Tämä toimintatapa tuottaa jatkuvaa arviointia suhteessa teoriaan, analyysitapaan sekä tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. (Vilka 2015, 196–197.)

Opinnäytetyötä työstettiin parina, jolloin varmistui yhteinen tapa toimia ja siten pystyttiin huolehtimaan tutkimusprosessin luotettavuudesta. Teoriaosuuden laadinnassa parityöskentely varmisti sisällön samanlaisen ymmärtämisen. Aineiston käsittelyvaiheessa käytiin aktiivista pohdintaa ja keskustelua aineiston sisällöstä. Tutkimusaineistosta rakennettiin yhteiseen näkemykseen perustuva luokittelu sekä tulokset. Jokaisessa työvaiheessa huomioitiin luotettavuutta määrittävät kriteerit.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää muun muassa seuraavia kriteereitä; uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus. Uskottavuus koskettaa tutkimusta ja sen tulosten uskottavuutta. Tämä edellyttää sen, että tutkimuksen tulokset kuvataan selkeästi ja luokittelut tehdään vastaamaan käytössä ollutta aineistoa ja käsittävät sen kokonaisuutena. Tulosten kuvaamisen uskottavuuden perustana on lukijan mahdollisuus ymmärtää selkeästi, miten analyysi on tehty ja mitä voidaan pitää tutkimuksen vahvuuksina sekä rajoituksina. Siirrettävyydellä haetaan tutkimustulosten mahdollisuutta siirtää ne muihin vastaaviin konteksteihin. Tällöin tutkimuksen arvioinnissa korostuu huolellinen tutkimuskontekstin kuvaus. Suorien lainauksien käyttö aineistoista vahvistaa luotettavuutta sekä avaa käsitystä aineiston keruun polusta. Refleksiivisyydessä tutkimuksen tekijän tulee pohtia omat lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä ja tehtävä arviota siitä, kuinka hän toimillaan vaikuttaa aineistoon ja prosessiin. Vaikutus tulee kuvata tutkimusraportissa. Vahvistettavuutta haetaan koko tutkimusprosessin luotettavuudelle, ja sen edellytyksenä on prosessin kirjaaminen siten, että toinen tutkija voi seurata prosessin etenemistä pää-piirteittäin. (Kylmä & Juvakka 2012, 128–129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

### 5.3 Etiikka

Tutkimusetiikka muodostuu useista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tulee ratkaistavaksi tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkija sekä tiedeyhteisöt vastaavat tutkimustensa eettisistä ratkaisuksista sekä itselleen, yhteiskunnalle, että toisille yhteisöille. Erityisen keskeistä eettisten ratkaisujen vaikutus on tieteissä, joissa tutkimuksen kohteena on inhimillinen toiminta ja ihmiset toimivat tietolähteinä. Tutkimusetiikan tavoite on tuoda esiin se, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 362–363; Kylmä & Juvakka 2012, 137.)

Tutkimusetiikan taustalla on useita normeja ja kannanottoja, joilla varmistetaan tutkimuksen eettisyys. Normien muodostuminen on alkanut jo toisen maailmansodan jälkeen julkaistulla Nürnbergin säännöstellä sekä kansainvälisellä ihmisoikeuksien julistuksella, joissa huomio kiinnittyy tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Myöhemmin on julkaistu myös muita julistuksia ja normeja. Suomessa tutkimusetiikkaa ohjaa lainsäädäntö ja keskeisimmän tutkimuseettisen ohjeiston on laatinut tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viimeisin Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa-ohje (HTK-ohje) astui voimaan maaliskuussa 2013. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 363–364; Kylmä & Juvakka 2012, 138–139; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 2.)

HTK-ohje sisältää tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteelliselle tutkimukselle määriteltyjen kriteerien mukaisia sekä eettisesti hyväksyttäviä. Tutkimusprosessiin kuuluu avoimuus ja tulosten julkaisussa toteutetaan vastuullista tiedeviestintää. Tutkimuksen toteuttamisessa ja tuloksista raportoitaessa kunnioitetaan muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla siihen asianmukaisesti. Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa, raportoinnissa ja tietoaineistojen tallennuksessa noudatetaan tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia. Tarvittaessa tutkimusluvut hankitaan ja eettinen ennakoarviointi toteutetaan. Ennen tutkimuksen käynnistämistä selvennetään osallisten oikeudet, tekijyyteen liittyvät periaatteet, vastuut ja velvoitteet. Lisäksi sovitaan aineiston säilyttämisestä ja käyttöoikeuksista. Sidonnaisuudet sekä rahoituslähteet selvennetään asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville. Tutkijoiden tulee pyrkiä tutkimusprosessissa huomioimaan mahdollinen esteellisyys ja tarvittaessa pidättäytyä arvioinnista ja päätöksenteosta. Tutkimusta toteuttavassa organisaatiossa huolehditaan hyvästä henkilöstö- ja taloushallinnosta sekä tiedostetaan tietosuojaan liittyvät kysymykset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6–7.)

Opinnäytetyössä eettinen tarkastelu tehtiin HTK-ohjeen mukaisesti. Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti hyväksyttäviä menetelmiä käytettiin tiedonhankinnassa sekä tutkimus-

ja arviointimenetelmissä. Avointa ja vastuullista tiedeviestintää käytettiin tuloksia julkaistaessa. Muiden tutkijoiden tekemä työ ja saavutukset huomioitiin asianmukaisesti ja heidän julkaisuihinsa viitattiin oikeaoppisesti kunnioittaen ja arvostaen niitä. Opinnäytetyö suunniteltiin ja toteutettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tietoaineistot raportoitiin ja tallennettiin samoin periaattein. Tarvittavat tutkimusluvut hankittiin opinnäytetyön suunnitelmavaiheen hyväksymisen jälkeen. Opinnäytetyön tilaajan kanssa laadittiin ja allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus. Mahdolliset tutkimuksen kannalta merkittävät sidonnaisuudet sekä esteellisyydet käytiin läpi ja todettiin, ettei niitä ollut.

Eettisyyttä pohdittiin myös opinnäytetyöprosessin eri vaiheiden toteuttamisessa. Aiheen valinnassa ja tutkimuskysymysten määrittelyssä pyrittiin siihen, että aihe oli tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Aihe ja tutkimuskysymykset laadittiin siten, etteivät ne loukkaa ketään. Koska opinnäytetyössä käytettiin valmista aineistoa, joka saatiin takautuvasti HaiPro-järjestelmästä, ei tässä prosessin vaiheessa ollut nähtävissä eettistä ongelmaa. Järjestelmään ilmoituksia kirjaavat käyttäjät tiedostavat jo vaaratapahtumaa kirjatessa sen, että tietoja käytetään toiminnan kehittämiseksi ja näin muodostuu lupa hyödyntää materiaalia. Järjestelmän käyttäjät ja potilaat eivät ole tunnistettavissa materiaalista. Analyysivaiheessa huomioitiin eettisyys siten, että analyysi toteutettiin luotettavasti muun muassa käsittelemällä koko aineisto huolellisesti. Opinnäytetyön raportoinnissa toteutettiin rehellisyyttä ja avoimuutta julkaisemalla tulokset, sekä vältettiin myös virhelähteitä ja ennakoasenteita.

## Lähteet

## Painetut lähteet:

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2015. Kliininen hoitotyö: sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Chinn, S. 2014. Avoiding Medical Errors: Joint Commission's 2013 National Patient Safety Goals. *Podiatry Management* vol. 33 (7), 127–132.

Cloete, L. 2015. Reducing medication errors in nursing practice. *Cancer nursing practice* vol. 14 (1), 29–36.

Crist, D. 2014. Barcoding 2.0: Better patient monitoring, better patient safety. *Health Management Technology* vol. 35 (10), 12–13.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8.painos. Tampere: Vasta-paino.

Fung, W. M., Koh, S. S. L. & Chow, Y. L. 2012. Attitudes and perceived barriers influencing incident reporting by nurses and their correlation with reported incidents: A systematic review. *JBHI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 10(1), 1–65.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäyte-työn vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2009*. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Oy.

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Vaasan yliopisto. Johtamisen yksikkö. Väitöskirja.

Kinnunen, M., Aaltonen, L.-M. & Malmström, R. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Aaltonen, M. & Rosenberg, P. (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Helsinki: Yliopistopaino.

Kiviniemi, K. 2015. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Valli, R. & Aaltonen, J. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.



- Knuuttila, J., Ruuhilehto & K., Wallenius, J. 2007. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, terveydenhuollon laadunhallinta. Helsinki: Lääkelaitos.
- Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveysturvallisuuden laatuopas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kuisma, P. 2010. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 17.8.1992.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällön analyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Lawton, R., McEachan, R.R.C., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. 2012. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Quality and Safety* 21 (5), 369–380.
- Liukka, M., Kinnunen, M., Kuosmanen, A., Peltomaa, K. & Sahlström, M. 2015. Tunnista potilaasi. *Sairaanhoitaja-lehti*, nro 3. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lääkelaki 395/1987. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 10.4.1987.
- Mustajoki, P., Kinnunen, M. & Aaltonen, L.-M. 2014. Väärä potilas. *Lääkärilehti* vol. 69 (10), 722–723.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122 (20), 2459–70.
- Pham, J. C., Girard, T. & Pronovost, P. J. 2013. What to do with healthcare incident reporting systems. *Journal of Public Health research* vol. 2 (e27), 154–159.
- Pitkänen, A., Teuvo, S., Ränkimies, M., Uusitalo, M., Oja, K. & Kaunonen, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. *Hoitotiede* vol. 26 (3) 177–189. Turku: Hoitotieteen tutkimusseura HTTS.
- Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. 2009. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Oy.
- Potilasvahinkolaki 585/1986. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 25.7.1986.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Oy.
- Roine, R. P., Kinnunen, M. & Haavisto, E. 2017. Potilasturvallisuudesta on liian vähän tietoa. *Lääkärilehti* vol. 72 (3), 108–109.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Sarste, T. 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 6.4.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 30.3.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 30.12.2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus. 6.uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sähköiset lähteet:

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009. 2. painos. Viitattu 20.10.2016. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus\\_julkaisu\\_2009\\_3\\_verkko\\_UP.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1)

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (toim.). 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääketoimintasuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 16.9.2017. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN\\_ISBN\\_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1)

Jylhä, V. 2017. Information management in health care; a model for connecting information culture and patient safety. University of Eastern Finland. Social Sciences and Business Studies. Dissertation. Viitattu 30.5.2017. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2384-4/urn\\_isbn\\_978-952-61-2384-4.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2384-4/urn_isbn_978-952-61-2384-4.pdf)

Kinnunen, M. & Helovuori, A. 2014. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Viitattu 25.10.2016. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=Potilasturvallisuuden%20varmistaminen](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Potilasturvallisuuden%20varmistaminen)

Oreform Oy. 2012. Oikea hoito oikealle potilaalle. Potilasturvaportti. Viitattu 7.11.2016. <https://potilasturvaportti.fi/portal/Documentlist.aspx?id=1138&catid=1056&docid=5160>

Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen - opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Viitattu 10.11.2016. [http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas\\_terveydenhuolto-organisaatioiden\\_vaaratapahtumista\\_oppimiseksi.pdf](http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Asiakas ja potilas. Viitattu 12.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/asiakas-ja-potilas>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Potilasturvallisuussuunnitelma. Viitattu 12.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalu/potilasturvallisuussuunnitelma>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 19.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 12.11.2016. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma. Viitattu 16.11.2016. [https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma\\_finaal\\_180811.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_finaal_180811.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 15.11.2016. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

WHO. 2007. Patient identification. Patient safety solutions vol. 1 (2). World Health Organization. Viitattu 6.11.2016. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>

## Liitteet

Liite 1: Potilaan tunnistaminen ja tunnistevälineen käyttö Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä .....	45
Liite 2: Analyysirunko .....	48
Liite 3: Analyysitaulukko .....	50

## Liite 1: Potilaan tunnistaminen ja tunnistevälineen käyttö Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUURI

JOHTAJAYLILÄÄKÄRIN 1/2014 1 (3)  
OHJE **PÄIVITYS**

Yhtymähallinto

22.6.2016

### POTILAAN TUNNISTAMINEN JA TUNNISTEVÄLINEEN KÄYTTÖ HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUURISSÄ

#### 1

##### Johdanto

Potilaan oikea tunnistaminen hoitoprosessin eri vaiheissa ehkäisee vaara-  
tapahtumien syntymistä. Potilaan tunnistamisen tulee olla systemaattista  
koko organisaatiossa ja kaikkien ammattiryhmien pitää tehdä se oikein.

WHO:n suositusten (2007) mukaan potilaan tunnistamisen peruslähtö-  
kohtana on, että hänet tunnistetaan *kahta* tunnistamislähdettä käyttäen.  
Kumpikaan lähteistä ei saa olla potilaan huoneen tai vuoteen numero.  
Tunnistaminen tehdään ensisijaisesti kysymällä potilaalta nimi ja henkilö-  
tunnus suullisesti ja sitten tarkistamalla kyseiset tiedot potilaan tunnistet-  
rannekkeesta tai muusta tunnistevälineestä.

Potilaan tunnistaminen on tehtävä aina ennen potilaan tutkimista tai hoita-  
mista. Erityistä huomiota tunnistamiseen tulee kiinnittää potilaiden siirtoti-  
lanteissa, toimenpiteissä ja lääkehoitoa toteutettaessa sekä kotiuttamisen  
yhteydessä.

#### 2

##### Tunnistevälinettä käyttävät yksiköt ja poikkeukset tunnistevälineen käytössä

Tunnistamista varten jokaiselle sairaalaan hoitoon (päivystyspoliklinikat,  
synnytysvastaanotot, vuodeosastot, toimenpideyksiköt, päiväkirurgiset  
yksiköt, päiväsairaalat sekä sytostaatti- ja sädehoitoja antavat yksiköt)  
tulevalle potilaalle sekä vastasyntyneelle asetetaan tunnisteranneke tai  
annetaan muu tunnisteväline (esim. tunnistekortti). Polikliiniset ajanva-  
rausvastaanotot ottavat potilaan tunnistevälineen käyttöön HUS:n sähköi-  
sen tunnistevälineen käyttöönoton myötä vaiheistussuunnitelman mukai-  
sesti 2016 alkaen.

Tunnistevälinettä ei aseteta potilaalle, joka käy yksittäisessä diagnosti-  
sessa tutkimuksessa (kuvantamis-/laboratoriotutkimuksessa), jossa potilas  
ei saa lääke- ja/tai nestehoitoa, varjoainetta tai vastaavaa. Tunnistaminen  
tapahtuu näissä tapauksissa muita tässä ohjeessa esitettyjä periaatteita  
noudattaen.

Muistihäiriöiselle potilaalle / potilaille, joiden tila sitä edellyttää, tunnistet-  
ranneke tulee aina asettaa.

#### 3

##### Potilaan tunnistamisen yleiset periaatteet

- Jokainen työntekijä on vastuullinen itse varmistamaan, että kyseessä on oikea potilas.
- Potilaalle tulee kertoa, miksi hänen henkilöllisyyttään saatetaan kysyä useita kertoja hoidon aikana ja miksi hänelle asetetaan tunnisteranneke/ tunnisteväline.

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRIJOHTAJAYLILÄÄKÄRIN 1/2014 2 (3)  
OHJE **PÄIVITYS**

Yhtymähallinto

22.6.2016

- **Sairaalaan tulotilanteessa** potilaat tunnustetaan ensisijaisesti tarkistamalla potilaan henkilötunnus kuvallisesta Kela-kortista tai muusta henkilöllisyyden osoittavasta todistuksesta (henkilökortti, passi). Mikäli potilaalla ei ole mitään edellä mainittua todistusta, potilaan henkilötunnus kysytään ensisijaisesti potilaalta ja vasta toissijaisesti potilaan saattajalta. Epäselvissä tapauksissa henkilöllisyys todennetaan lisäkysymyksillä (esimerkiksi potilaan kotiosoite, puhelinnumero tms.). Potilaalle, jonka henkilöllisyyttä ei voida todentaa, annetaan väliaikainen henkilötunnus. Jos potilas ilmoittautuu itse ilmoittautumisautomaatilla, potilaan ensimmäisenä tapaava, hoitoprosessiin osallistuva HUS-työntekijä (voi olla toimistotyöntekijä) tarkistaa potilaan henkilöllisyyden edellä kuvatulla tavalla.
- **Hoidon aikana** potilas tunnustetaan kahta tunnistamislähdettä käyttäen. Potilaalta kysytään nimi ja henkilötunnus suullisesti (Mikä on koko nimesi ja henkilötunnuksesi/ koko nimenne ja henkilötunnuksenne?). Sen jälkeen henkilöllisyys tarkistetaan tunnisterannekkeesta tai muusta tunnistevälineestä.
- Jos potilas kieltäytyy tunnistevälineen käytöstä, tieto kirjataan sairauskertomukseen. Potilaalle tiedotetaan tunnisterannekkeen puuttumiseen liittyvät potilasturvallisuutta vaarantavat riskitekijät. Jos potilaalla ei ole tunnistevälinettä, hänet tunnustetaan kuitenkin aina *kahta* tunnistamislähdettä käyttäen.
- Jos henkilöllisyyttä ei voida varmistaa kysymällä, henkilöllisyyden varmistamisessa käytetään muita keinoja (tunnisteranneke/-väline, henkilöllisyyden osoittava todistus, omainen, saattaja). Laboratorion näyteenottaja pyytää tarvittaessa hoitohenkilökunnan jäsentä tunnistamaan potilaan.

#### 4

##### Tunnisterannekkeen käytön periaatteet

1. Jokaisessa yksikössä tulee olla kirjallisesti kuvattuna toimintatavat, joilla varmistetaan, että kaikilla potilailla on tunnisteranneke, tai potilaan muu tunnistamisväline. Jos tunnistamisvälineenä on muu tapa kuin tunnisteranneke, asiaa koskeva toimintatapa, se tulee kirjata yksikön toimintatapoihin. Potilaan henkilöllisyys tulee varmistaa ennen tunnisterannekkeen laittamista.
2. Tunnisteranneke laitetaan ensisijaisesti ranteeseen ja toissijaisesti nilkkaan.
  - Leikkaukseen menevälle potilaalle laitetaan kaksi tunnisterannekettä (esim. molempiin ranteisiin). Leikkauspotilaan toinen ranneke saatetaan joutua poistamaan esim. kanyloinnin takia.
  - Synnyttäjälle laitetaan kaksi tunnisterannekettä (esim. molempiin ranteisiin). Synnyttäjän toinen ranneke saatetaan joutua poistamaan esim. kanyloinnin takia.
  - Vastasyntyneille lapsen tunnistetiedot sisältävä tunnisteranneke laitetaan ensisijaisesti oikeaan nilkkaan.
  - Psykiatrisessa osastohoidossa olevan potilaan liikkussa sairaalan ulkopuolella (esim. hoitolomat, avokuntoutuksen asiointi) tunnisterannekkeen käytöstä päätetään tapauskohtaisesti potilasturvallisuusnäkökohdat huomioon ottaen.

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI

JOHTAJAYLILÄÄKÄRIN 1/2014 3 (3)  
OHJE **PÄIVITYS**

Yhtymähallinto

22.6.2016

3. Jos tunnisteranneke joudutaan poistamaan, sen poistaja huolehtii, että potilaalle laitetaan tunnisteranneke takaisin samassa yksikössä niin pian kuin mahdollista.
4. Kuka tahansa hoitohenkilökunnasta, joka havaitsee potilaalta puuttuvan tunnisterannekkeen, on velvollinen laittamaan potilaalle rannekkeen tai ilmoittamaan asiasta potilasta hoitavalle henkilökunnalle.
5. Tunnisterannekkeen kunto pitää tarkistaa pitkän hoitajakson aikana säännöllisesti. Uusi ranneke tulee tulostaa rannekkeen käyttöiän päätyttyä (yleensä 1-2 viikon välein).
6. Kiireettömissä tilanteissa potilaille, joilla ei ole tunnisteranneketta/ tunnistevälinettä ja joita ei muuten pystytä tunnistamaan, ei toteuteta tutkimuksia, toimenpiteitä, muuta hoitoa tai potilassiirtoa ennen kuin potilas on tunnistettu (tai väliaikainen henkilötunnus on annettu) ja ranneke/ tunnisteväline asetettu.
7. Potilaan kotiuttava terveydenhuollon ammattihenkilö poistaa tunnisterannekkeen ja huolehtii sen tietoturvallisesta hävittämisestä. Muiden tunnistevälineiden käytöstä poistamisessa noudatetaan tietoturvallisia toimintatapoja.
8. Erytistilanteissa (keskosilla, palovammapotilailla ja muilla iholtaan huonokuntoisilla potilailla sekä tehovalvonnassa, kun tunnisteranneke joudutaan poistamaan esim. piuhoitusten takia jne.) on kiinnitettävä erityistä huomiota tunnistamiseen tunnisterannekkeen puuttuessa.
9. Tästä ohjeesta voidaan tehdä poikkeuksia tulosyksikön johdon perustellulla kirjallisella päätöksellä. Pääsääntönä kuitenkin on, että kaikki yksiköt noudattavat tätä ohjetta.

5  
Lisätiedot

Lisätietoja antavat:



6  
Voimaantulo

Tämä ohje tulee voimaan 1.7.2016 alkaen.



JULKAISU

Intranet

Viiteasiakirjat

WHO (2007) Patient Safety Solutions volume 1, solution 2 | May 2007.

## Liite 2: Analyysirunko

### Opinnäytetyön analyysirunko (vapaamuotoinen)

#### Potilaan tunnistamiseen liittyvät vaaratilanteet

#### Antikainen/Kataja

#### Toimeksianto:

”Etsiä sieltä potilaan tunnistamiseen liittyvät vaaratilanteet. Katsoisitte millaisia tilanteet ovat olleet ja minkälaisia kehittämissuhteita ilmoituksissa on kuvattu, vai onko kuvattu mitään.”

#### Tutkimuskysymykset:

- Millaisia vaaratilanteita on muodostunut potilaan tunnistamiseen liittyen?
- Minkälaisia kehittämissuhteita on laadittu potilaan tunnistamiseen liittyvien vaaratapahtumien välttämiseksi?

#### Aineisto:

1. yli 900 HaiPro-ilmoitusta käsiteltävänä
  - etsitään aineistosta materiaali, joka koskee aihetta potilaan tunnistaminen tai samaa tarkoittava asia. Huomioidaan tähän liittyvät sanat ja tapahtumat, kuten väärä potilas, väärä lääke, väärä hoito, väärä tutkimus, tunnistaminen unohtunut, tunnistaminen tekemättä, potilas tunnistamatta
2. Karsittu aineisto, jossa on vain potilaan tunnistamiseen liittyvät ilmoitukset
  - Luetun perusteella muodostetaan analyysiyksiköitä, jotka voivat olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, vastataan kysymykseen ”Millaisia vaaratilanteita on muodostunut potilaan tunnistamiseen liittyen?”
  - Lausumat pelkistetään aineiston käsittein
  - Etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia
  - Muodostetaan niistä alakategorioita, yläkategorioita ja pääkategorioita

Analysointivaiheessa huomioidaan mm. alla olevia kysymyksiä

- Miksi vaaratilanne on muodostunut?
- Miten vaaratilanne on muodostunut?
- Millaisessa tilanteessa vaaratilanne muodostui?
  - mitkä tekijät myötävaikuttivat vaaratilanteen syntyyn? esim.:
    - Kiire
    - resurssipula
    - välinpitämättömyys
    - potilas itse



- mitä tästä seurasi potilaalle/yksikölle? esim.:
  - haittatapahtuma
  - lähetä piti- tapahtuma
  
- Minkälaisia kehittämissuhteita on laadittu potilaan tunnistamiseen liittyvien vaaratapahtumien välttämiseksi?
- ➔ kerätään kaikki kehittämissuhteet ja jäsenellään samankaltaiset yhteen ja annetaan ryhmille sisältöä kuvaavat nimet

Liite 3: Analyysitaulukko

Alkuperäisiä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Lääkemääräys oli vahingossa laitettu X-paikan potilaan listalle.	Määräys potilaspaikan mukaan (2)	Lääkkeen määräysvirhe (3)	Lääkehoito (22)
Päivystävä lääkäri määrää iv cordarone alkubolus/infuusio, magnesiumkorjaus väärälle potilaalle.	Määräys väärälle potilaalle (1)		
Erään potilaan dosetissa oli oikea huone- ja paikkanumero, mutta väärän potilaan nimi ja HETU.	Lääkkeet jaettu väärillä tunnistetiedoilla (2)	Lääkkeen jakovirhe (2)	
Potilaalle vahingossa laitettu tippumaan toisen potilaan antibiotti Tazocin 4g" "Lääkäri antanut suulinen määräys Solu-Medrol 40 mg iv. Oma hoitaja pyytänyt i.v luvallisen hoitajan antaa potilaalle lääke. Hoitaja, joka antanut lääkkeen kuuli tai ymmärsi väärin ja antoi vahingossa toiselle potilaalle lääkkeen" "kansioon ei oltu laitettu uuden potilaan lääkelistaa, vaan paikalla oli edellisen potilaan lista. Lääkettä antanut hoitaja ei ollut tätä huomannut vaan antanut listassa näkyvän lääkkeen" "Tein kiertomuutoksen, mutta laitoin tulostamani uuden iv-listan väärän potilaan kohdalle iv-kansioon. Näinollen väärä potilas sai klo 12 antibiootin.	Lääke annettu väärälle potilaalle, lääke otettu (15)	Lääkkeen antovirhe (17)	

Aamulla potilas soittaa kelloa ja kertoo hänen pöydällään olevan luultavasti väärät lääkkeet. Huoneessa oli kaksi potilasta ja heidän aamulääkkeensä oli laitettu väärille pöydille.	Lääke annettu väärälle potilaalle, lääkettä ei otettu (2)		
SAATTAJILLE EI OLTU ANNETTU POTILAAN HENKILÖTUNNUSTA TAI KELAKORTTIA MUKAAN, JOSTA POTILAAN OLISI VOINUT TUNNISTAA.	Henkilöllisyystodistus/kelakortti puuttuu (1)	Tunnistamisväline puuttuu (10)	Tunnistamisvälineet (11)
Potilaalta puuttui ranneke.	Potilasranneke puuttuu (9)		
Huomattiin potilaalla olevan toisen henkilön ranneke kädessä.	Potilaalla toisen potilaan ranneke (1)	Tunnistamisväline väärä (1)	
Potilaan henkilötunnus kirjoitettu potilasvalvontamonitoiriin väärin.	Väärä henkilötunnus kirjattu sähköiseen järjestelmään (2)	Kirjattu virheellinen henkilötunnus (4)	Kirjaaminen (9)
Tilattaessa thx potilaalle huomataan, että potilaan henkilötunnus raportti lapussa väärä.	Väärä henkilötunnus kirjattu papereihin (2)		
Miratelin paikkalistaan, jota hoitajat käyttävät potilaslistana vuorottain, oli potilaan kohdalle merkattu DNR, jota potilaalla ei todellisuudessa ole.	Sähköiseen hoitajakutsujärjestelmään (1)	Kirjaaminen tehty väärän potilaan tietoihin (5)	
Potilaan tietoja tarkasteltaessa todettiin, että osasto X:n miespuolisen potilaan osaston hoitosuunnitelman tiedot kuluvalta ja seuraavalle päivälle suunnitellut olivat väärän potilaan tietoja, naispuoliselle kuuluvia.	Sähköiseen potilastietojärjestelmään (4)		
Lääkäri saneli väärän potilaan (naisen) nimen.	Sanelussa väärän potilaan nimi (1)	Virheellisesti toteutettu sanelu (7)	Sanelut (7)

Yhdelle sanelutiedostolle oli saneltu kahden eri potilaan sanelut.	Sanelussa 2 potilaan tiedot (6)		
Potilaan mukana leikkaussaliin tulleet omien papereiden lisäksi toisen potilaan paperit.	Potilaan papereissa toisen potilaan potilasasiakirjoja (6)	Väärät potilasasiakirjat (15)	Potilasasiakirjat (15)
Antaessani raporttia vos hoitajalle ihmettelin potilaan lääkelistaa, jolloin huomasin, että kyseessä olikin toisen potilaan jatkohoitotuloste "Potilaan monitoripöydälle tulostettuna ja niitattuna yhteen kahden eri potilaan lääkelistat.	Käytössä toisen potilaan potilasasiakirjoja (6)		
Potilas (A) saanut kirjeen, jossa toisen potilaan tiedot.	Toimitettu toisen potilaan potilasasiakirjoja potilaalle (3)		
Lähete oli tehty väärälle potilaalle.	Tutkimus tilattu väärälle potilaalle (4)	Tutkimukseen liit- tyvä virheellinen tunnistetieto (12)	Tutkimus (12)
Otettujen näytteiden seasta löytyy nimetön putki.	Puuttuvat tunnistetiedot (2)		
Laboratorioon saapuneessa näytepurkissa oli kahden eri potilaan henkilötietotarrat.	Väärät tunnistetiedot (6)		
(X) tilannut punasoluja väärälle potilaalle.	Punasolut tilattu väärälle potilaalle (2)	Toimenpiteen valmisteluvirhe (3)	Toimenpide (3)
Osasto toimitti potilaskuljetuksen kautta heräämään toisen nimisen, hyvin väsyneen potilaan, jolla kyseisellä potilaalla ei ollut Operassa lainkaan toimenpideilmoitusta.	Väärä potilas toimitettu toimenpiteeseen (1)		